

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Élaboration d'un matériel pédagogique favorisant l'intégration et le transfert des
connaissances lors du stage de périnatalité en soins infirmiers au collégial

par

Caroline Lamond

Essai présenté à la Faculté d'éducation

En vue de l'obtention du grade de

Maître en éducation (M. Éd.)

PERFORMA

Août 2007

© Caroline Lamond, 2007

CRP-Education

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Élaboration d'un matériel pédagogique favorisant l'intégration et le transfert des
connaissances lors du stage de périnatalité en soins infirmiers au collégial

Caroline Lamond

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

France Jutras

Directrice de recherche

Françoise Breton

Membre du jury

Essai accepté le 20 août 2007

SOMMAIRE

Le stage de soins infirmiers en périnatalité, sous supervision directe, permet de réaliser des apprentissages variés, contextualisés et complexes en milieu de pratique. Il prépare à l'action professionnelle, c'est-à-dire à agir de manière adéquate dans des situations cliniques de périnatalité. Pour agir professionnellement, le ou la stagiaire doit faire des liens entre la théorie et la pratique, en intégrant et en transférant les connaissances déclaratives et procédurales vues en classe ou en laboratoire en connaissances conditionnelles dans le milieu de pratique. Cependant, entre la théorie et la pratique, il y a de grandes différences. Nous avons relevé que même si le stage de périnatalité est un contexte d'apprentissage authentique, concret et complexe, il n'en demeure pas moins que les stagiaires ont de la difficulté à faire des liens entre la théorie et la pratique et, ainsi, développer un savoir-agir professionnel réfléchi. Ce constat correspond à d'autres analyses de la formation en soins infirmiers au collégial. Cela nous permet de penser que l'intégration et le transfert des connaissances ne se fait pas sans soutien pédagogique de la part de l'enseignante et sans engagement dans l'apprentissage de la part du stagiaire.

Le cadre de référence de cette recherche est orienté à partir d'une approche cognitiviste de l'apprentissage. Les définitions retenues pour l'intégration et le transfert des connaissances sont les suivantes. Intégrer, c'est faire des liens entre les différentes connaissances pour obtenir une nouvelle connaissance. Transférer, c'est mettre en application les connaissances intégrées dans un contexte différent duquel elles furent apprises. Le transfert n'est pas l'application pure et simple d'une connaissance dans un autre contexte, il correspond plutôt à un problème à résoudre et génère une nouvelle connaissance. De plus, le transfert n'est pas un processus spontané. Pour que l'élève soit capable de transférer, il doit développer sa capacité à percevoir les similarités et les différences entre deux situations cliniques qui lui posent un problème. Il ou elle doit être capable de discriminer leur valeur pour

résoudre le problème et réussir la tâche à accomplir. Les superviseurs de stages en soins infirmiers doivent aider les stagiaires en ce sens.

La complexité de l'apprentissage en stage et le court laps de temps pour intervenir dans une situation où une personne requière des soins infirmiers rendent difficile une pratique réflexive au moment de l'action, pratique favorisant l'intégration et le transfert. Compte tenu de cette situation, nous avons privilégié la réflexion et l'analyse de l'expérience concrète après le stage lui-même, c'est-à-dire lors des travaux qui y sont reliés. Ces travaux permettent à l'élève de prendre une distance face à son apprentissage, de dégager l'important de l'accessoire et d'établir des liens entre les expériences vécues, les notions et les concepts appris. La recension des écrits a également permis d'établir qu'il existe peu ou pas d'outils pédagogiques permettant l'intégration et le transfert des connaissances en stage. C'est pourquoi nous avons produit un carnet de stage permettant au stagiaire d'intégrer et de transférer méthodiquement et consciemment les diverses connaissances nécessaires à l'agir infirmier dans le domaine de la périnatalité.

Pour réaliser notre carnet de stage, nous avons adapté la méthodologie de production de matériel pédagogique de Paillé (2004) à nos besoins spécifiques. Le carnet de stage se présente comme un document à compléter. Le format choisi est celui de l'analyse de deux problèmes cliniques réels vécus par le ou la stagiaire. La validation du carnet de stage a permis de vérifier l'adéquation pédagogique avec le cadre de référence issu de la psychologie cognitive, la clarté de son contenu, sa forme ainsi que sa pertinence. Cette validation a été réalisée par trois experts de l'Université de Sherbrooke. Les experts ont effectué leur analyse à partir de deux grilles d'évaluation.

Les principaux résultats de l'analyse des réponses des experts relativement au transfert à l'intérieur d'une perspective cognitiviste sont : 1) le carnet de stage permet le processus de contextualisation; 2) le processus de décontextualisation est la partie

forte du travail; 3) le processus de recontextualisation est plus ou moins bien définie. Pour ce qui est de son contenu, de sa pertinence et de sa forme, le carnet de stage produit est clair, pertinent et sa forme est adéquate.

Le carnet de stage présenté dans l'essai a été bonifié à la suite de l'évaluation par les experts. Il constitue un outil pédagogique métacognitif pertinent, concret, pratique et réflexif. Par conséquent, il devrait contribuer à soutenir l'apprentissage de l'intégration et du transfert des connaissances déclaratives en connaissances conditionnelles dans le cadre du stage soins infirmiers en périnatalité de niveau collégial.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
LISTE DES TABLEAUX ET DE LA FIGURE	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	10
LES REMERCIEMENTS	11
INTRODUCTION	12
PREMIER CHAPITRE - LA PROBLÉMATIQUE	15
1.1 Le contexte de la formation en soins infirmiers au Québec	15
1.1.1 Le volet DEC-Bacc	17
1.1.2 Le programme collégial de soins infirmiers	17
1.2. Le stage de périnatalité	20
1.2.1 La formation en périnatalité au Collège de Valleyfield	20
1.2.2 L'expérience du stage	23
1.2.3 Observations à propos du stage en périnatalité	26
1.3 Le problème soulevé	31
1.4 La question générale de recherche	33
 DEUXIÈME CHAPITRE - LE CADRE DE RÉFÉRENCE SELON UNE PERSPECTIVE COGNITIVISTE	 35
1. L'APPROCHE COGNITIVISTE	36
1.1 Les concepts de l'approche cognitiviste	37
1.1.1 L'apprentissage et le traitement de l'information dans la mémoire.....	37
1.1.2 L'élève	39
1.1.3 L'enseignant, l'enseignement et les pratiques évaluatives	40
1.2 Les différents types de connaissances et les processus cognitifs sollicités.....	42
1.2.1 Les connaissances déclaratives	42
1.2.2 Les connaissances procédurales	43
1.2.3 Les connaissances conditionnelles	44
1.3 L'intégration et le transfert des connaissances	46
1.3.1 Contextualisation – décontextualisation – recontextualisation...	50
1.3.2 L'apprentissage de la capacité à effectuer des transferts	52
1.3.3 Les processus cognitifs du transfert	53
1.3.4 La pratique réflexive	57

2.	LA RECENSION DES ÉCRITS	58
3.	L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE	60
TROISIÈME CHAPITRE – LA MÉTHODOLOGIE		62
1.	LA PLANIFICATION DE LA CONCEPTION DU CARNET DE STAGE	63
1.1	Le cadre conceptuel	64
1.2	Les objectifs pédagogiques du matériel	65
1.3	Le choix et la justification du matériel	66
1.3.1	La première grande étape d'apprentissage	68
1.3.2	La deuxième grande étape d'apprentissage	69
2.	L'ÉLABORATION DU MATÉRIEL	70
2.1	La production du matériel	70
2.2	La présentation du carnet de stage	72
3.	LA VALIDATION DU MATÉRIEL	74
3.1	Le choix des experts	75
3.2	Les instruments de validation	75
QUATRIÈME CHAPITRE – LES RÉSULTATS		79
1.	LES RÉSULTATS DE LA VALIDATION PAR LES EXPERTS	79
1.1	L'évaluation en rapport avec la psychologie cognitive	80
1.1.1	L'évaluation globale du carnet de stage	80
1.1.2	L'évaluation de l'approche du transfert des connaissances dans le carnet de stage	83
1.2	L'évaluation en rapport avec le contenu en périnatalité	86
1.3	Les améliorations apportées au carnet de stage	89
2.	LA VERSION VALIDÉE DU CARNET DE STAGE	90
3.	LA DISCUSSION DES RÉSULTATS	119
3.1	La discussion des résultats à partir des commentaires et des suggestions	119
3.1.1	La discussion à partir des commentaires et des suggestions de l'expert du domaine des soins infirmiers en périnatalité	120

3.1.2 La discussion à partir des commentaires et des suggestions des deux grilles d'évaluation du carnet de stage.	123
3.2 La discussion des résultats en fonction de l'objectif de recherche	125
CONCLUSION	127
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	129
ANNEXE A – REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES MÉGACOMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS	136
ANNEXE B – COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES DU DOMAINE DE LA PÉRINATALITÉ EN SOINS INFIRMIERS DE NIVEAU COLLÉGIAL	138
ANNEXE C – GRILLES D'ÉVALUATION	146

LISTE DES TABLEAUX ET DE LA FIGURE

Tableau 1	Connaissances à intégrer et à transférer aux connaissances de périnatalité	23
Tableau 2	Phases et dimensions de la progression en stage de Barbès	26
Tableau 3	Processus cognitifs sollicités dans l'apprentissage des différents types de connaissances	45
Tableau 4	L'intégration des connaissances par rapport au transfert des connaissances	48
Tableau 5	Les sept processus composant la dynamique du transfert des apprentissages	54
Tableau 6	Le modèle de la dynamique du transfert des apprentissages intégrant la perspective des élèves et celle des enseignants	55
Tableau 7	Les étapes de la production de matériel pédagogique selon Paillé	63
Tableau 8	Les étapes de production du carnet de stage	64
Tableau 9	La production du matériel pédagogique	72
Tableau 10	Sections du carnet de stage	73
Tableau 11	Description des critères de la première grille d'évaluation : L'évaluation globale du carnet de stage	77
Tableau 12	Critères de la deuxième grille d'évaluation : Évaluation de l'approche du transfert des connaissances dans le carnet de stage	78
Tableau 13	Les améliorations à faire et les commentaires des experts sur l'évaluation globale du carnet de stage	82
Tableau 14	L'évaluation de l'approche du transfert des connaissances dans le carnet de stage	86
Tableau 15	L'évaluation du carnet de stage relativement au contenu en périnatalité	88
Figure 1	La formation académique en soins infirmiers prépare-t-elle au milieu du travail? Réponse des CEPI de la cohorte 2004	32

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

Bacc	Baccalauréat
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CH	Centre hospitalier
DEC-Bacc	Diplôme d'étude collégial et baccalauréat
DEC	Diplôme d'étude collégial
DESS	Diplôme d'études supérieures en sciences infirmières
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PERFORMA	Perfectionnement et formation des maîtres

LES REMERCIEMENTS

Je remercie ma directrice d'essai, France Jutras, de m'avoir guidée dans les différentes étapes de cette recherche qui furent riches en apprentissages.

Je remercie également, mon conjoint Michel ainsi que mes trois enfants Mathieu, Camille et Raphaël, de m'avoir appuyée et encouragée tout au long de ce projet.

INTRODUCTION

Dans les programmes de formation technique et professionnelle au collégial, le personnel enseignant débute généralement sans formation en pédagogie ou en didactique. Il possède habituellement une grande maîtrise de la discipline étant donné l'expérience du métier ou de la profession. Les enseignantes en soins infirmiers du Collège de Valleyfield n'ont pas échappé à cette réalité. En effet, au début des années 2000, le personnel de ce département s'est renouvelé à la suite du départ à la retraite de la majorité de l'équipe d'enseignantes. Or, «l'enseignement est une pratique complexe qui repose sur des savoirs à la fois scientifiques et expérientiels de haut niveau.» (Proulx, 2007) C'est pourquoi, rapidement, la nouvelle équipe d'enseignantes en soins infirmiers a ressenti le besoin de s'engager dans une démarche de perfectionnement en formation professionnelle propre à l'enseignement collégial. Ainsi, plusieurs enseignantes se sont inscrites au Diplôme en enseignement collégial offert par le programme PERFORMA de l'Université de Sherbrooke. Faisant partie de cette équipe, nous avons effectué ce cheminement professionnel.

Après douze années de pratique professionnelle comme infirmière, nous avons débuté avec enthousiasme notre nouvelle carrière comme enseignante au collégial en soins infirmiers. Cet enthousiasme a rapidement fait place à de nombreuses questions et réflexions. Quoi dire, quoi faire? Comment et sur quoi évaluer? Quelles stratégies employer pour ... ? Avec le temps et la formation en pédagogie et en didactique, les questions et les réflexions sont devenues plus précises. Nous avons constaté que nos élèves en soins infirmiers avaient de la difficulté à intégrer et à transférer les connaissances déclaratives apprises en classe à la réalité du milieu du travail, et ce, malgré les stages en milieu clinique. Pourtant, en stage l'élève doit résoudre des problèmes pratiques en mobilisant des connaissances scientifiques vues en classe. Après des observations de la situation plusieurs questions se sont posées. Les stages permettent-ils l'intégration et le transfert des connaissances? Comment aider l'élève à intégrer et à transférer ses connaissances? C'est ainsi que notre question générale de

recherche pour cet essai est née: Quelles sont les stratégies pédagogiques qui favorisent l'intégration et le transfert des connaissances en stage clinique de soins infirmiers de niveau collégial?

De manière à situer la problématique de l'intégration et du transfert des connaissances en stage clinique, le premier chapitre porte sur le contexte de la formation en soins infirmiers au Québec et plus particulièrement celle de la périnatalité, incluant l'apprentissage en stage au Collège de Valleyfield.

Le cadre de référence utilisé dans cet essai est issu d'une perspective cognitiviste. Il a été choisi parce qu'il est utilisé par l'équipe d'enseignante de soins infirmiers du Collège de Valleyfield. Le deuxième chapitre traite des principaux concepts de cette perspective tels que l'apprentissage, l'élève, l'enseignement et l'évaluation. Ce chapitre aborde également les différents types de connaissances selon la psychologie cognitive. Les concepts de l'intégration et du transfert des connaissances sont définis et distingués. L'explication de la dynamique contextualisation-décontextualisation-recontextualisation des connaissances et des sept processus cognitifs du transfert de Tardif (1999) suit les définitions. La recension des écrits termine ce chapitre.

L'objectif de recherche est de produire un carnet de stage permettant à l'élève d'intégrer et de transférer méthodiquement et consciemment les diverses connaissances nécessaires à l'agir infirmier dans le domaine de la périnatalité. Pour réaliser notre objectif, nous avons utilisé la démarche méthodologique de production de matériel pédagogique proposée par Paillé (2004), mais nous l'avons adaptée selon nos besoins. Cette démarche est présentée dans le troisième chapitre, la méthodologie. Le matériel produit est présenté au quatrième chapitre. Les résultats et l'analyse de la validation par les experts sont également discutés dans ce chapitre. Le matériel produit est un carnet de stage qui porte sur la résolution de deux problèmes cliniques réellement vécus par le ou la stagiaire. Ce carnet de stage, sur support

informatique, est accessible à partir de la plateforme collégiale DECclic II. Un document papier est aussi remis aux stagiaires car ils ou elles ont une collecte des données à effectuer auprès de la clientèle dans le milieu de stage. Le carnet de stage a été validé par trois experts de l'Université de Sherbrooke à partir de deux grilles d'évaluation critériées que nous avons conçues.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

De manière à mettre en relief la problématique, nous présentons dans ce chapitre la formation en soins infirmiers au Québec laquelle peut emprunter différents cheminements académiques. Par conséquent, des diplômes de niveaux distincts reconnaissent cette formation. Les possibilités de carrière pour l'infirmière et l'infirmier sont reliées à son niveau de formation. Comme la majorité des élèves choisissent de suivre le programme collégial de Soins Infirmiers en formation initiale (OIIQ, 2005), nous traitons d'une stratégie pédagogique majeure de ce programme : l'apprentissage professionnel en milieu de travail sous la supervision directe d'un ou d'une enseignante, le stage en milieu clinique. Ainsi, durant les trois années de la formation collégiale en soins infirmiers, l'élève va apprendre à agir auprès de clientèles variées. Enfin, le domaine de la périnatalité, partie intégrante du programme de formation au collégial, fera l'objet de l'expérience de stage examinée dans la problématique de cette recherche.

1.1 Le contexte de la formation en soins infirmiers au Québec

La formation en soins infirmiers au Québec peut emprunter différent parcours. Il existe actuellement trois voies d'accès à la profession infirmière (OIIQ, 2006) :

- par la voie collégiale avec un diplôme d'étude collégiale (DEC) en soins infirmiers;
- par la formation universitaire dans le cadre du baccalauréat en sciences infirmières ;
- par voie universitaire dans le cadre du programme générique de maîtrise *Master of science (applied) in Nursing* de l'Université McGill.

Après l'obtention de leur diplôme en sciences infirmières au collégial ou à l'université, les candidats et les candidates à la profession doivent réussir l'examen de l'ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour obtenir leur

permis d'exercice de la profession au Québec. Il est important de souligner que l'examen professionnel est le même pour tous les candidats et candidates indépendamment de la nature de leur formation. Néanmoins, la formation universitaire permet de plus grandes possibilités d'emploi, par exemple, le travail d'infirmières cliniciennes, praticiennes, enseignantes, gestionnaires, l'exercice en milieu communautaire et en recherche. (*Ibid.*)

La réussite obligatoire de l'examen professionnel pour obtenir le droit de pratique infirmier est une exigence similaire dans toutes les autres provinces canadiennes et dans tous les autres ordres professionnels. Cependant, malgré la prise de position de l'OIIQ pour une formation initiale universitaire au début des années 1980, la province de Québec se distingue des autres provinces canadiennes car, depuis 2005, outre la province de Québec, il n'y a que les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon qui n'exigent pas le baccalauréat pour l'exercice de la profession (OIIQ, 2003).

Les infirmières et infirmiers qui ont une formation initiale de niveau collégial, ont la possibilité de se perfectionner au niveau universitaire aux premier, deuxième et troisième cycles. Ce perfectionnement comprend différents parcours : microprogramme (15 crédits), certificat (30 crédits), baccalauréat (90 crédits), DESS, maîtrise et doctorat. Depuis 2005, la formation universitaire au 2^e cycle d'infirmière praticienne spécialisée est reconnue dans les domaines de la néonatalogie, de la néphrologie et de la cardiologie.

Nous venons de voir brièvement les différentes possibilités de formations académiques en soins infirmiers au Québec. Toutefois, dans le cadre de cet essai, nous nous intéressons plus particulièrement au programme de formation collégiale en soins infirmiers tel que dispensé au Collège de Valleyfield.

1.1.1 Le volet DEC-Bacc

À la fin des années 90, les cégeps et les universités ont formé des consortiums afin d'arrimer les programmes collégiaux et universitaires de soins infirmiers. À l'automne 2001, le programme de formation DEC-Bacc intégré est mis en œuvre dans toutes les régions du Québec. Il comprend deux volets : le volet collégial d'une durée de trois ans donnant lieu au DEC en soins infirmiers et le volet universitaire d'une durée de deux ans qui débouche sur le diplôme de baccalauréat en sciences infirmières. Le volet universitaire n'est pas obligatoire. Une reconnaissance d'acquis en provenance du volet collégial permet aux étudiants de compléter le volet universitaire en quatre ou cinq sessions selon l'université québécoise choisie. Ce programme n'abolit cependant pas la voie d'accès universitaire à la profession infirmière par un baccalauréat de 103 crédits de formation initiale après un DEC en sciences de la nature. Il est à noter que, comme nous l'avons mentionné précédemment, la personne peut se présenter aux examens de l'ordre après la formation initiale de niveau collégial ou celle de niveau universitaire.

1.1.2 Le programme collégial de soins infirmiers

Le programme Soins infirmiers 180.AO à l'ordre collégial «s'inspire des concepts intégrateurs (personne, santé, environnement, soin), des croyances et des postulats retenus par l'OIIQ comme assises de l'exercice de la profession.» (Direction générale de la formation professionnelle et technique, 2000, p. 7) Il est élaboré à partir du devis ministériel de la Direction générale de la formation professionnelle et technique du ministère de l'Éducation du Québec. Il est défini par compétences et formulé en objectifs et standards :

Le programme Soins Infirmiers comprend une composante de formation générale qui est commune à tous les programmes d'études (16 2/3 unités), une composante de formation générale qui est propre au programme (6 unités), une composante de formation générale qui est complémentaire aux autres composantes (4 unités) et une composante de formation spécifique (65 unités). Le total des unités de ce programme s'élève à 91,66 unités. (Direction des études et des services aux étudiants, 2005, p. V)

La formation générale est partie intégrante de chaque programme de l'enseignement collégial québécois. Elle comporte : «une triple finalité, soit l'acquisition d'un fond culturel commun, l'acquisition et le développement d'habiletés génériques et l'appropriation d'attitudes souhaitables.» (*Ibid.*) Les cours de la formation générale commune et propre sont la langue d'enseignement et littérature, la langue seconde, la philosophie et l'éducation physique. Deux cours complémentaires au choix de l'élève complètent la formation générale.

La formation spécifique en soins infirmiers, conformément aux buts généraux de la formation technique, vise à rendre l'élève compétent dans l'exercice de sa profession selon les normes d'entrée du marché du travail. Elle doit favoriser l'intégration de l'élève à la vie professionnelle, l'évolution et l'approfondissement des savoirs professionnels ainsi que la mobilité à l'intérieur de la profession. Aux cours disciplinaires professionnels s'ajoutent des cours des disciplines contributives : la psychologie, la sociologie et la biologie. Les cours de psychologie visent l'apprentissage des profils développementaux de la personne au cours des âges de la vie ainsi les caractéristiques en lien avec le développement. Les cours de sociologie aident à l'identification des caractéristiques et des ressources familiales, culturelles et sociales. Les cours de biologie traitent du fonctionnement du corps humain. Les disciplines contributives permettent l'acquisition de connaissances ayant une influence sur les situations de soins.

Actuellement, au Québec, chaque collège s'approprie le programme ministériel de Soins Infirmiers et lui donne une couleur locale répondant aux particularités du milieu. L'équipe d'enseignante du Collège de Valleyfield a donc choisi de regrouper les compétences de la formation spécifique professionnelle proposées par le programme ministériel en quatre mégacompétences. (Direction des études et des services aux étudiants, 2005, p.7) La première mégacompétence est le jugement clinique, c'est-à-dire la capacité de l'élève à exercer son jugement de manière appropriée dans des situations de soins infirmiers, en situation clinique. La

deuxième est l'intervention infirmière. L'élève doit intervenir auprès de clientèles variées (personnes âgées, médecine, chirurgie, pédiatrie, périnatalité, santé mentale, réadaptation) en vue de maintenir ou rétablir l'état de santé en tenant compte de l'environnement de l'individu. La communication est la troisième mégacompétence. L'élève doit établir une communication aidante et efficace auprès de la clientèle et des autres intervenants. La dernière est l'engagement professionnel. S'engager dans la profession, c'est tenir compte des enjeux sociaux, éthiques, professionnels dans son intervention auprès de la clientèle. Une représentation graphique des mégacompétences incluant les énoncés de chaque compétence disciplinaire professionnelle du devis ministériel se trouve à l'annexe A.

Les méthodes d'enseignement de la formation en soins infirmiers comportent, à chacune des six sessions, des cours théoriques, des laboratoires et des stages cliniques sous supervision directe. Les cours théoriques permettent l'apprentissage des connaissances scientifiques disciplinaires, ce sont des connaissances déclaratives¹ selon la psychologie cognitive. Les laboratoires facilitent l'acquisition des habiletés techniques ou connaissances procédurales nécessaires à la pratique professionnelle en milieu clinique. Enfin, les stages cliniques favorisent les liens entre la théorie enseignée et son application dans la profession. Ils favorisent également l'application des habiletés relationnelles, de communication et des techniques vues en théorie et en laboratoire. En stage, l'élève doit maîtriser les connaissances déclaratives et procédurales en lien avec le milieu clinique pour pouvoir les transférer en connaissances conditionnelles. Car, comme le précisent Barbeau, Montini et Roy (1997, p. 433) «au niveau scolaire, une connaissance conditionnelle exige [...] une très bonne compréhension des connaissances théoriques et pratiques.»

¹ Le cadre de référence de notre essai et de la formation en soins infirmiers au Collège de Valleyfield est orienté à partir d'une approche cognitiviste de l'apprentissage. Cette approche sera décrite dans le deuxième chapitre portant sur le cadre de référence.

1.2. Le stage de périnatalité

Dans le programme collégial en soins infirmiers, le stage est une stratégie pédagogique importante. Elle est importante en temps, parce que de nombreuses heures y sont consacrées, mais elle est essentielle surtout à cause de la valeur de l'apprentissage qui peut s'y faire car c'est «un lieu de travail identifié comme lieu d'intervention actuel ou potentiel.» (Fortin, 1984 cité par Amiot et St-Pierre, 1996, p. 1) De plus : «Le stage est une situation multidimensionnelle complexe où il est difficile de repérer à la fois le rôle joué par le stage dans la formation et les conditions à mettre en place pour qu'il devienne riche en apprentissage.» (*Ibid.*) Ainsi, les deux raisons principales identifiées par Fortin, lieu d'intervention et situation complexe multidimensionnelle, nous amènent à nous intéresser à l'apprentissage en stage. Nous devons préciser que lors des stages cliniques, il n'y a pas de nouvelles connaissances déclaratives abordées. Le contexte de stage devrait permettre à l'élève d'intégrer et de transférer les connaissances déclaratives vues en classe.

L'auteure de cet essai enseigne principalement dans le domaine de la périnatalité et encadre des stagiaires dans ce domaine. Par conséquent, notre intérêt porte sur le stage en périnatalité et, de façon spécifique, sur l'intégration et le transfert des connaissances déclaratives dans ce stage. Car comme l'a écrit Goethe «il ne suffit pas de connaître, il faut appliquer ses connaissances.» (Cité par Barwick, Boydell, Stasiulis et Ferguson, 2005, p. 45)

De manière à situer le problème de recherche, les sections suivantes vont porter sur la formation en périnatalité au Collège de Valleyfield, l'expérience du stage et des observations à propos du stage en périnatalité.

1.2.1 La formation en périnatalité au Collège de Valleyfield

Au Collège de Valleyfield, la formation de Soins infirmiers en périnatalité se situe à la quatrième ou à la cinquième session selon le choix exprimé par l'élève. La

décision d'offrir des stages dans cette spécialité dans ces deux sessions fut prise par le département de Soins infirmiers pour des raisons de gestion de places en milieu de stage. Présentement, dans cette région de la Montérégie, nous éprouvons des difficultés à obtenir des places en quantité suffisante dans les différents milieux de stage. Ainsi, diviser le groupe d'élèves permet de répartir nos besoins sur l'année. Si cette formation a lieu à la quatrième session, elle se donne en parallèle au cours Soins infirmiers en pédiatrie. Par contre, si la formation en périnatalité a lieu à la cinquième session, elle se donne en parallèle avec le cours Soins infirmiers en pédiatrie et le cours Soins infirmiers en service ambulatoire.

Les élèves qui font la formation de Soins infirmiers en périnatalité à la cinquième session ont acquis et développé plus de connaissances et de savoir-agir professionnel que les élèves qui sont en quatrième session. Ces connaissances et savoir-agir touchent principalement l'autonomie professionnelle, la communication, les connaissances déclaratives et procédurales, la compréhension des situations cliniques et l'habileté technique. Les exigences dans chacune de ces sphères sont alors plus grandes lors de la cinquième session.

La formation en périnatalité comprend 30 heures de cours théorique, sept heures de formation pratique en laboratoire au collège et 11 jours de stage en milieu clinique. La description institutionnelle du programme de Soins Infirmiers 180-AO ainsi que la description des compétences relevant de la périnatalité sont incluses à l'annexe B. Deux nouvelles compétences sont abordées en périnatalité : la compétence 01Q8 «Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier» en lien avec le domaine de la périnatalité et la compétence 01QH «Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité». (Direction générale de la formation professionnelle et technique, 2005, p. 27 et 50) Pour développer ces deux compétences, les élèves doivent intégrer et transférer les connaissances déclaratives et procédurales acquises lors de cette session et lors des sessions antérieures concernant le corps humain

(biologie I à IV), la sociologie de la famille (4^e session), l'enseignement à la clientèle, la chirurgie en soins infirmiers (3^e session), la thérapie médicamenteuse, établir une communication aidante en soins infirmiers (2^e session) et utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins (1^{ère}, 2^e, 3^e, 4^e et 5^e sessions).

Contrairement aux autres domaines des soins infirmiers vus lors de la formation collégiale qui ont trait aux problèmes de santé, la périnatalité aborde principalement des assises théoriques qui décrivent des manifestations ou des comportements normaux. En effet, habituellement la périnatalité ne présente pas de risque particulier. Ainsi, «nous pouvons envisager la grossesse, l'accouchement et le post-partum comme un processus normal et naturel». (Ladewig, London, Moberly, Olds, 2003, p. 7) Par conséquent, 22 heures de la formation théorique sur 30 sont consacrées à l'apprentissage des éléments de normalité, à la prévention et à la promotion du bien-être. Les sujets traités sont la grossesse, le travail et l'accouchement, le post-partum, le développement du nouveau-né normal à terme et l'allaitement maternel. Les huit heures qui restent ont trait aux problèmes de santé suivants : la césarienne, l'hémorragie, le diabète gestationnel, l'hypertension gravidique et l'ictère du nouveau-né.

Le tableau 1 illustre les connaissances à intégrer et à transférer aux connaissances de périnatalité dans la formation en soins infirmiers de cette spécialité au Collège de Valleyfield.

Tableau 1
Connaissances à intégrer et à transférer aux connaissances de périnatalité

Compétences spécifiques à la périnatalité selon le devis ministériel:		
<ul style="list-style-type: none"> • 01Q8 Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier. • 01QH Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité. 		
Périnatalité	Connaissances à intégrer et transférer:	Vues à la session
Assises théoriques : 30h00 Laboratoire : 7h00 Stage : 11 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Le corps humain I à IV • Sociologie de la famille • Enseignement à la clientèle • La chirurgie en soins infirmiers • La thérapie médicamenteuse • Communication aidante • Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 à 4 • 4 • 3 • 3 • 2 • 2 • 1 à 5

Par ailleurs, la formation pratique en laboratoire varie selon la session. En quatrième session, l'élève apprend à faire des ponctions veineuses. À la cinquième session, il ou elle apprend à installer des dispositifs intraveineux périphériques courts. Une pratique de laboratoire avec des mises en situation se fait à chaque session. De plus, la préparation au stage clinique de périnatalité exige la pratique et le développement de la dextérité des procédés de soins nouveaux, par exemple les ponctions veineuses, et la consolidation des procédés appris lors des sessions antérieures comme l'installation d'une sonde vésicale. La pratique et le développement de la dextérité sont faits selon les besoins de chaque élève. Une technicienne infirmière est toujours disponible au laboratoire de soins infirmiers pour aider les élèves à pratiquer les différentes techniques et à répondre à leurs questions.

1.2.2 L'expérience du stage

L'apprentissage dans une profession se fait «par une pratique guidée à l'intérieur de cette profession.» (Barbès, 2001, p. 37) Les stages sont une stratégie pédagogique de pratique professionnelle encadrée. Ils facilitent les liens théorie – pratique, notamment en donnant du sens à l'action et en favorisant la

contextualisation, la décontextualisation et la recontextualisation des connaissances. (Langevin et Villeneuve, 1997, p. 185), dans sa définition du stage, introduit les concepts de réalité complexe et contextuelle, de processus de résolution de problème et d'intervention :

Ainsi, les stages ont essentiellement pour but de fournir à l'étudiant une occasion de mesurer ses capacités à intervenir dans un milieu donné et de favoriser ainsi les liens entre la théorie enseignée et ses applications dans la profession. Pour un stagiaire, faire un stage signifie s'exposer à une réalité complexe, apprendre à en percevoir les problèmes, chercher à les résoudre et intervenir avec habileté et assurance, ce qui n'est pas simple.

Lorsqu'il analyse les enjeux de la supervision pédagogique des stages, (Boudreau, 2002, p. 59) va plus loin dans sa conception de l'apprentissage en stage: «ce ne sont pas toutes les expériences concrètes qui contribuent à l'apprentissage. L'expérience concrète doit être significative pour la personne engagée dans ce processus et aussi lui poser un défi». Pour cet auteur, l'élève doit s'investir en stage. Il doit aller plus loin que l'exécution de la tâche. Il doit être capable de réfléchir sur l'expérience vécue, de l'analyser à partir d'un concept, d'en dégager une généralisation et prédire des hypothèses d'action.

Cependant, comme le précisent Amiot et Saint-Pierre (1996, p.1): «Dans le cadre d'un stage, l'apprentissage se déroule exclusivement en milieu hospitalier, ce qui a plusieurs conséquences dont celle de diminuer le temps disponible pour l'anticipation de l'action ainsi que pour son analyse.» Cette réflexion est renforcée par Perrenoud (2001a, p. 2) qui souligne que «dès qu'on quitte le laboratoire pour entrer dans la complexité d'une action de terrain, il est rare que la théorie dicte [...] l'action optimale à mener.» De plus, probablement à cause de la complexité du terrain, Barbès (2001, p. 30) et Boudreau (2002, p. 63) situent la réflexion et l'analyse de l'expérience concrète survenue en stage après le stage lui-même, c'est-à-dire lors de travaux reliés à l'expérience de stage.

Barbès (2001) décortique trois phases avec leurs différentes dimensions dans la progression de l'élève en stage. La première phase est l'intégration, c'est-à-dire la prise de responsabilités progressive et la réalisation des interventions sous la supervision de l'accompagnateur. L'accent est mis sur l'adaptation au milieu et la création de liens avec l'équipe, la clientèle, les normes et les manières de faire. La deuxième phase est le développement du sens clinique, c'est-à-dire la réalisation consciente intentionnelle planifiée de son intervention. L'accent est mis sur la conscientisation de ses interventions et de ses émotions incluant ses inconforts. L'élève se voit davantage aller et progresser comme intervenant. La troisième phase est le fonctionnement intégré, autonome et spontané. L'accent est alors l'intégration. L'élève intervient au bon moment, sans hésiter et il est conscient des raisons de son intervention. Chaque phase, selon l'auteur, comprend trois dimensions qui sont elles-mêmes divisées en trois. La première dimension concerne les connaissances : il s'agit de connaissance de soi, du milieu et du sujet. La deuxième dimension concerne la pratique interactive ou une pratique progressive de l'agir professionnel guidée par le superviseur de stage. Elle inclut le développement de la relation avec la clientèle, les gestes d'animation et le sens de l'intervention en lien avec les différentes problématiques. La troisième dimension consiste en un retour sur sa pratique. Elle comprend la conceptualisation des éléments théoriques, la supervision de l'élève et la solidarité² des liens avec les différents membres de l'équipe. Barbès précise que les frontières entre chacune des phases sont des frontières flottantes. Par contre, il n'indique pas combien de temps dure chaque phase.

Le tableau 2 présente une adaptation des phases et dimensions de la progression en stage de Barbès (2001).

² Barbès emploie ce terme pour signifier la solidarité avec l'équipe.

Tableau 2
Phases et dimensions de la progression en stage de Barbès

Phases	Dimensions Les trois dimensions s'appliquent à chacune des phases
Intégration <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation au milieu • Création de lien avec l'équipe 	1. Connaissances : <ul style="list-style-type: none"> • De soi • Du milieu • Du sujet
Développement du sens clinique <ul style="list-style-type: none"> • Conscientisation de ses interventions et de ses émotions 	2. Pratique progressive de l'agir professionnel : <ul style="list-style-type: none"> • Développement de la relation • Gestes d'animation • Intervention
Fonctionnement intégré, autonome et spontané <ul style="list-style-type: none"> • Conscientisation • Synthèse 	3. Retour sur sa pratique : <ul style="list-style-type: none"> • Conceptualisation • Supervision • Solidarisation des liens avec l'équipe

Source : Adaptation de Barbès (2001, p. 70)

Nous venons de voir la formation en périnatalité et l'expérience en stage. Nous allons maintenant aborder le stage de périnatalité au Collège de Valleyfield.

1.2.3 Observations à propos du stage en périnatalité

Le stage de périnatalité en milieu clinique se déroule dans un département d'un centre hospitalier de la région, soit le Centre mère-enfant à Valleyfield ou le Pavillon de la naissance à Châteauguay. La durée du stage est de onze jours répartis sur quatre semaines consécutives. Chaque groupe de stage comprend six à sept élèves sous la supervision directe d'une enseignante qui est infirmière. Lorsque ses stagiaires font un stage, celle-ci est en permanence sur les lieux. L'enseignante choisit des situations cliniques «à l'intérieur desquelles l'apprenant est supposé mettre ses propres connaissances en relation avec le savoir à apprendre» (Jonnaert et Vander Borgh, 1999, p. 28 cités par Raymond, 2006), c'est-à-dire l'agir professionnel. Pour y arriver, l'enseignante aide les stagiaires à planifier et à organiser les activités professionnelles, elle supervise les actes et les soins administrés par les stagiaires, puis elle évalue les gestes posés par ceux-ci. De plus, elle aide les stagiaires à

réfléchir sur les situations cliniques où ils ou elles sont intervenus. La réflexion doit permettre l'intégration et le transfert des connaissances déclaratives et procédurales en connaissances conditionnelles, dont le but est d'arriver au développement d'une pratique professionnelle intentionnelle qui se poursuivra tout au long de la vie professionnelle. L'enseignante infirmière superviseuse de stage partage également la responsabilité légale des soins à la clientèle avec l'élève et le centre hospitalier via les infirmières travaillant sur le département de périnatalité. Ainsi, les élèves interviennent non seulement dans les situations cliniques sous la supervision de l'enseignante, mais aussi en collaboration avec les infirmières attitrées à la mère et au nouveau-né sous les soins des stagiaires. Cette façon de procéder comporte des avantages et des inconvénients.

Le premier avantage de la démarche de collaboration des stagiaires avec les infirmières du milieu est qu'ils ou qu'elles apprennent à travailler avec une professionnelle du milieu de pratique professionnelle. Celle-ci peut leur transmettre une partie de ses connaissances et leur donner des «trucs du métier», mais elle doit aussi s'assurer que ses clientes reçoivent tous les soins adéquats. L'enseignante superviseuse étant sollicitée constamment par un ou une stagiaire, la collaboration étroite avec les infirmières du milieu constitue une aide précieuse. Sans la dégager aucunement de ses responsabilités pédagogiques, cette collaboration permet à l'enseignante superviseuse de stage, lorsqu'elle n'est pas disponible immédiatement, de déléguer certaines supervisions de soins ou d'activités professionnelles à l'infirmière.

Toutefois, cette collaboration enseignante-stagiaire-infirmière comporte aussi des inconvénients pédagogiques pour l'élève. L'élève interagit avec plusieurs infirmières, parfois dans la même journée. Celles-ci possèdent des croyances et des philosophies de soins différentes, des niveaux de connaissances variés et elles accomplissent leur travail de diverses manières. En plus de générer du stress, cette situation est parfois source d'incohérence pour l'élève qui éprouve alors de la

difficulté à s'y retrouver. Par exemple, certaines infirmières insistent beaucoup pour que le bain du nouveau-né et l'enseignement à la mère aient lieu le matin. D'autres vont privilégier le respect du rythme de la cliente et le repos. Donc, un jour l'élève peut se faire rabrouer par l'infirmière qui privilégie le bain fait le matin, alors que la veille une autre infirmière avait insisté pour respecter le repos de la cliente et faire le bain et l'enseignement plus tard dans la journée. Les stagiaires témoignent régulièrement de cette difficulté.

Par ailleurs, certaines infirmières qui aiment le contact des stagiaires vont leur laisser plus d'autonomie et seront disponibles pour les aider ou leur donner des explications. Cependant, pour d'autres infirmières, le fait de partager la responsabilité des soins avec un ou une stagiaire brise la relation établie avec leur cliente. Celles-ci laissent alors peu de place au stagiaire. Enfin, d'autres pour bien faire, font tout à la place du stagiaire, ce qui ne leur permet pas de réaliser des apprentissages.

Au-delà de ces difficultés rencontrées dans l'action, se pose le problème des savoirs déclaratifs enseignés en classe théorique et les exigences du stage. Une de ces exigences est le lien théorie – pratique, c'est-à-dire comprendre les actes de la pratique infirmière à la lumière des savoirs appris dans un autre contexte. Or, «toute connaissance porte inévitablement la marque de son contexte initial d'acquisition.» (Tardif et Meirieu, 1996, p. 2) Comme le contexte initial d'apprentissage est la salle de classe et le second contexte, un lieu de travail où il faut évaluer, analyser, prendre une décision juste et intervenir dans un court laps de temps, l'enseignante superviseuse de stage doit aider l'élève à observer les éléments communs des différentes situations cliniques pour lui permettre de décontextualiser les connaissances afin de l'aider à les transférer et obtenir un véritable apprentissage. Cette difficulté du transfert des connaissances se pose parfois comme un défi à relever dans la collaboration enseignante – stagiaire – infirmière. Certains liens ou similitudes entre des situations ou des contextes peuvent être évidents pour l'infirmière professionnelle experte dans son domaine, mais ne le sont pas pour

l'élève. Ainsi que le soulignent Langevin et Villeneuve (1997, p. 190) à propos des professionnelles :

Elles voient spontanément ce qu'elles doivent faire sans avoir à articuler leur raisonnement. Elles peuvent éprouver cependant certaines difficultés à nommer les éléments théoriques qui sous-tendent leurs gestes et préciser l'approche ou le modèle d'intervention utilisé.

Par conséquent, les infirmières vont montrer ce qui doit être fait. Certaines vont même exiger que ce soit fait comme elles le font, sans expliquer pourquoi ou encore vérifier ou faire exprimer à l'élève ses propres connaissances sur le sujet ou sur l'acte infirmier posé dans la situation. À cela se rajoute, selon Jutras (1992, p. 28), «une tendance de la part des élèves à demander ce qu'elles doivent faire au lieu de faire un choix d'actions qu'elles pourraient tout simplement faire approuver.» Le tout contribue au développement d'une pratique par imitation ou par recette qui, selon Langevin et Villeneuve (1997), se basant sur la pensée de Schön, est contraire à une pratique réflexive qui favorise l'intégration et le transfert des connaissances.

Le stage de périnatalité comporte une particularité intéressante par rapport aux autres stages de la formation en soins infirmiers de niveau collégial : l'élève voit principalement des situations cliniques en post-partum ainsi que des soins au nouveau-né normal à terme. Contrairement aux stages en médecine ou en chirurgie où l'on essaie de présenter le plus de pathologies possibles, c'est-à-dire des situations cliniques diverses, le stage en périnatalité présente plutôt une certaine répétition de situations cliniques. Sans être identiques, les situations cliniques ont plusieurs éléments communs. La répétition de ces éléments dans différentes situations cliniques devrait aider au transfert des connaissances parce qu'elle permet une dynamique de contextualisation – décontextualisation - recontextualisation, condition qui favorise le transfert des apprentissages (Tardif et Presseau, 1998).

Dans tous les stages, les apprentissages se font de façon progressive. On peut observer une progression au niveau de l'adaptation au milieu et à la clientèle, une

progression dans les situations cliniques et une progression dans le nombre de clients à s'occuper en même temps. Ainsi, au début du stage en périnatalité, l'élève doit s'occuper d'une famille³ dans une situation clinique où tout va bien. À l'intérieur des quatre semaines consécutives de stage, il ou elle devra intervenir auprès de deux familles pouvant comporter des problématiques de soins. Cela lui permet de s'adapter au milieu et à la clientèle en plus de faire des liens graduellement entre la théorie et la pratique en évaluant, analysant, planifiant et en intervenant de façon spécifique.

Par ailleurs, le stage de périnatalité est le premier stage où l'élève fait de l'enseignement structuré à la clientèle en milieu clinique. L'enseignement en périnatalité doit aborder les soins du nouveau-né, l'allaitement maternel et les soins à la mère en post-partum. Faire de l'enseignement est difficile au début pour les stagiaires car ils sont confrontés aux savoirs à transmettre. Or, pour transmettre des savoirs, il faut posséder des connaissances. Il faut sélectionner celles qui sont appropriées dans la situation clinique et être capables de les communiquer. En bref, il faut avoir intégré diverses connaissances et être capables de les transférer à la situation contextuelle qui se présente.

Une autre source de difficulté lors de ce stage est la relation avec la clientèle. L'élève se mesure à une clientèle de son âge, qui n'a pas de problème de santé, ce qui a pour conséquence de la ou le mettre mal à l'aise. Les stagiaires ne présentent pas ce malaise lorsque, dans d'autres stages cliniques, ils doivent poser des gestes sur une personne atteinte d'une pathologie. Par exemple, poser une sonde urinaire à un client âgé qui le requiert suscite peu ou pas de gêne. Mais, intervenir en périnatalité, c'est regarder et toucher des gens en santé dans leur intimité. Plusieurs élèves font des commentaires qui ressemblent à ceux-ci : «Elle [la mère] en sait plus que moi. Je ne peux pas aller faire de l'enseignement» ou «Tu veux que je regarde la mère allaiter. C'est gênant». De plus, ils ou elles n'osent pas évaluer le périnée ou l'allaitement

³ La clientèle en périnatalité est la famille. En stage de périnatalité de niveau collégial, la clientèle pour les élèves est principalement la mère et le nouveau-né. Toutefois, les élèves doivent inclure le père dans leurs interventions.

maternel parce qu'ils ou elles sont mal à l'aise. L'intimité, la sexualité et la reproduction d'une personne en santé, les confrontent d'une autre manière que la personne malade dont il faut prendre soin.

Nous venons de voir l'expérience du stage, et de manière plus spécifique l'expérience en stage clinique de Soins infirmiers en périnatalité. Nous allons maintenant aborder le problème de recherche.

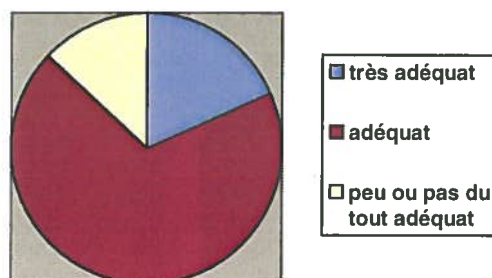
1.3 Le problème soulevé

Le stage de Soins infirmiers en périnatalité, sous supervision directe au niveau collégial, permet de réaliser des apprentissages variés, contextualisés et complexes en milieu réel. Il prépare à l'action professionnelle, c'est-à-dire à agir de manière adéquate dans des situations cliniques de périnatalité. Pour y arriver, l'élève doit faire des liens entre la théorie et la pratique, en intégrant et en transférant les connaissances déclaratives et procédurales vues en classe en connaissances conditionnelles dans le milieu de pratique. Cela constitue tout un défi pour l'enseignante infirmière et l'élève. Cependant, dans le contexte actuel des stages en soins infirmiers de niveau collégial, l'application des connaissances procédurales n'est habituellement pas un problème. On pourrait d'ailleurs dire que c'est une force chez les élèves. Pour cette raison, ce type de connaissances ne sera pas abordé dans le cadre de cette recherche. Nous allons plutôt nous centrer sur l'intégration et le transfert des connaissances déclaratives en connaissances conditionnelles lors du stage de périnatalité.

Même si le stage est un contexte d'apprentissage varié et complexe et qu'il a lieu dans le milieu authentique de pratique, on peut se questionner. Le simple fait d'être en stage permet-il d'apprendre l'agir infirmier? Les expériences concrètes et variées vécues dans des situations cliniques réelles offrent-elles les conditions essentielles à l'intégration et au transfert des connaissances déclaratives en connaissances conditionnelles?

Un sondage réalisé par le comité jeunesse⁴ de l'OIIQ en décembre 2005 auprès de 2258 candidats et candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) de la cohorte 2004, ayant obtenu 921 réponses révèle que 18,4% des répondantes⁵ trouvent que le programme de formation académique pour accéder à la profession infirmière en lien à la préparation au milieu de travail est très adéquat. 68,5% trouvent le programme de formation adéquat. Cependant, 13,1% des répondantes jugent que le programme de formation académique incluant les stages est peu ou pas du tout adéquat parce qu'il y a un décalage trop grand entre la formation et la réalité du milieu. La figure 1 représente les résultats du sondage à la question : «Selon vous, comment le programme de formation académique pour accéder à la formation infirmière vous a-t-il préparé au milieu du travail?»

Figure 1
La formation académique en soins infirmier prépare-t-elle au milieu du travail?
Réponse des CEPI de la cohorte 2004



Source : Adaptation sous forme schématique des réponses, Comité jeunesse OIIQ (2005)

Les répondantes qui trouvent que la formation académique est peu ou pas du tout adéquate à la réalité du milieu de travail, auraient aimé avoir plus de patients à la fois, plus de situations cliniques variées et moins de situations cliniques spécifiques

⁴ Le principal mandat du Comité jeunesse est d'intéresser les jeunes à la profession d'infirmière et faciliter leur intégration dans les milieux de soin, en formulant notamment des avis au Bureau de l'OIIQ et en faisant la promotion de cette carrière.

⁵ Dans cette partie de l'essai, le terme répondante est employé car c'est le terme extrait de ce sondage.

sélectionnées dans le but d'apprendre des tâches ou des soins, ainsi que plus d'heures de stage. Ces réponses sont centrées sur la tâche et la quantité d'actes. Est-ce qu'en augmentant le nombre d'heures de stage et le nombre de patients chez des élèves en apprentissage ainsi que le nombre des situations cliniques en même temps, nous allons mieux préparer ces élèves au monde professionnel? Est-ce vraiment une question de quantité? N'oublie-on pas que l'apprentissage en stage doit être fait de manière sécuritaire pour la clientèle. De plus, il ne faut pas mêler le problème du surplus de tâches pour les infirmières et infirmiers qui travaillent dans les centres hospitaliers avec le problème de la qualité de la formation à l'intérieur des programmes de formation professionnelle. Par contre, on peut se questionner sur la capacité de ces répondantes à intégrer et à transférer leurs connaissances pour pouvoir agir en professionnelles, car elles semblent avoir adopté une pratique technique sans lien avec la théorie donc sans mobilisation des acquis pour l'intervention avec des clients différents qui demandent des soins différenciés. Ce questionnement rejoint celui de Perrenoud (2001b, p. 6) qui fait part d'un problème qui concerne les connaissances en formation professionnelle. Il met en évidence «qu'une partie des étudiants résistent durablement à certains savoirs qui leurs sont enseignés; devenus professionnels, ils se sentent libres de les oublier et ne se mettent certainement pas en tête de les développer ou de les mettre à jour.»

1.4 La question générale de recherche

Les réponses au sondage sur la préparation à la pratique infirmière, nos observations et certains commentaires d'élèves comme celui-ci : «Entre la théorie et la pratique, il y a de grandes différences. Il n'est pas toujours facile de faire des liens», nous permettent de penser que l'intégration et le transfert des connaissances déclaratives en connaissances conditionnelles ne se fait pas sans soutien pédagogique de la part de l'enseignante et sans engagement dans l'apprentissage de la part de l'élève. Comme le rapporte Develay (1998) (cité par Baeriswyl-Macherel, Broillet et Nadot, 2001, p. 3) «il n'y a pas de transfert sans apprentissage du transfert.» Par

conséquent, on peut questionner les conditions d'apprentissage favorisant l'intégration et le transfert des connaissances lors d'un stage clinique de niveau collégial en périnatalité sous supervision directe. De plus, à cause de la complexité de l'apprentissage en stage comme l'ont souligné Barbès (2001) et Boudreau (2002), la réflexion et l'analyse de l'expérience concrète se fait après le stage lui-même, c'est-à-dire lors des travaux qui y sont reliés. C'est pourquoi nous posons la question générale de recherche suivante, à l'intérieur de l'approche de la psychologie cognitive: Quelles sont les stratégies pédagogiques qui favorisent l'intégration et le transfert des connaissances en stage clinique de soins infirmiers de niveau collégial?

Dans cette étude, l'approche de la psychologie cognitive est privilégiée parce que l'ensemble de la formation en soins infirmiers du Collège de Valleyfield est conçu selon ce modèle. Présentement, le besoin de trouver des pistes d'interventions pédagogiques favorisant l'intégration et le transfert des connaissances pour le stage de périnatalité est nécessaire pour continuer à améliorer notre formation dans ce sens.

DEUXIÈME CHAPITRE

LE CADRE DE RÉFÉRENCE SELON UNE PERSPECTIVE COGNITIVISTE

La formation de soins infirmiers au Collège de Valleyfield se donne selon une perspective issue de la psychologie cognitive. Ce choix de philosophie pédagogique a été fait indirectement par les membres de l'équipe au moment du changement de programme en Soins infirmiers au début des années 2000. À cette époque, en plus du changement de programme imposé par le ministère de l'Éducation, l'équipe d'enseignantes en Soins infirmiers du Collège était renouvelée à cause du départ à la retraite de plusieurs d'entre elles. Les nouvelles enseignantes, des infirmières spécialistes dans leur champ d'activité professionnelle, n'avaient pas de formation en sciences de l'éducation. Ce contexte a entraîné un besoin de formation en éducation chez les nouvelles enseignantes. Le groupe d'enseignantes a décidé de se perfectionner au deuxième cycle dans le cadre d'un programme de Diplôme en enseignement offert par PERFORMA de l'Université de Sherbrooke. Michel Poirier et Denise Barbeau, personnes-ressources dans ce programme ayant une conception de l'enseignement et de l'apprentissage issue de la psychologie cognitive, ont influencé le groupe d'enseignantes dans sa vision de l'apprentissage. Cette influence s'est traduite jusque dans la nouvelle conception du DEC en Soins infirmiers et la recherche entreprise dans le cadre de cet essai.

Dans ce chapitre, nous présentons principalement le cadre de référence de cette recherche orientée à partir d'une approche cognitive de l'apprentissage. Afin de comprendre cette approche, nous traitons en premier lieu des différents concepts de celle-ci: l'apprentissage, l'élève, l'enseignement et l'évaluation. En deuxième lieu, les différents types de connaissances selon la psychologie cognitive ainsi que les processus cognitifs sollicités sont abordés. En troisième lieu, les concepts de du transfert des connaissances sont discutés. Après avoir traité du cadre de référence,

nous nous penchons sur une recension des écrits portant sur l'élaboration de matériel pédagogique favorisant l'intégration et le transfert des connaissances.

1. L'APPROCHE COGNITIVISTE

Selon Legendre (2005, p. 227), le cognitivisme est : «une théorie de la connaissance soutenue par la psychologie cognitive, qui conçoit la pensée comme un centre de traitement des informations capable de se représenter la réalité et de prendre des décisions.» Dans cette approche, la mémoire est un concept central comme le soulignent Barbeau, Montigny et Roy (1997, p. 253) :

Sans mémoire, l'apprentissage est impossible. Sans mémoire, l'élève ne pourrait retenir de l'information, seule une suite de comportements inadéquats serait imaginable puisqu'il serait impossible à l'élève d'utiliser son expérience pour corriger, pour améliorer ses comportements. La mémoire joue donc un rôle fondamental dans le processus d'acquisition des connaissances.

Ainsi, la pédagogie cognitive est centrée sur l'activité et sur la conscience de l'élève pour favoriser son apprentissage. Selon Raymond (2006, p. 25) :

La pédagogie cognitive est préoccupée d'une part:

- par la compréhension des stratégies d'apprentissage de l'élève,
- des mécanismes de construction graduelle de la connaissance en mémoire,
- et des conditions de réutilisation de ces connaissances.

D'autre part, elle est préoccupée par la compréhension des stratégies d'enseignement qui sont les plus susceptibles de favoriser la construction graduelle de la connaissance de l'élève selon ses composantes affectives, cognitives et métacognitives, et selon la logique inhérente au contenu d'enseignement.⁶

⁶ Cette citation est présentée de façon conforme au texte du livre de Raymond. La première partie est sous forme de liste à puces alors que la deuxième est écrite de manière traditionnelle.

1.1 Les concepts généraux de l'approche cognitive

Nous venons de voir brièvement une définition de l'approche cognitive. Afin de bien comprendre les tenants pédagogiques de cette approche, nous allons aborder maintenant les concepts généraux de celle-ci : l'apprentissage et le traitement de l'information, l'élève, l'enseignement et l'évaluation.

1.1.1 L'apprentissage et le traitement de l'information dans la mémoire

Le Pôle de l'Est (1996) dont les écrits sont d'inspiration cognitive, définit l'apprentissage comme un processus actif, constructif et cumulatif qui se produit lorsque l'apprenant traite activement l'information nouvelle en modifiant sa structure cognitive. Raymond (2006, p. 27) donne une définition de l'apprentissage selon la psychologie cognitive plus concrète. L'apprentissage :

- se fait par construction graduelle des connaissances
- se fait par la mise en relation des connaissances antérieures et des nouvelles informations
- exige l'organisation des connaissances
- s'effectue à partir des tâches globales

Le traitement de l'information dans la mémoire prend ici une place prépondérante. Barbeau, Montini et Roy (1997) expliquent l'organisation de la mémoire et son rôle dans l'apprentissage. D'abord, l'environnement pédagogique qui inclut l'environnement physique doit être stimulant pour que l'élève débute le traitement de l'information. Ensuite, les stimuli doivent être captivants et significatifs. Ainsi, l'élève va traiter la nouvelle information dans sa mémoire de travail en lui donnant un sens. De plus, les connaissances antérieures de l'élève l'aident à donner un sens à la nouvelle information.

En apprentissage, les connaissances antérieures sont des filtres de traitement des informations et ces filtres déterminent en grande partie le degré de crédibilité qui sera attribué à des informations, ce degré de crédibilité contribuant en retour à ce que des informations soient

transformées en connaissances, à ce que d'autres soient rejetées et à ce que quelques-unes ne soient privilégiées qu'en prévision d'une évaluation sommative. (Tardif, 1997, p. 17)

C'est seulement les informations jugées crédibles par l'élève qui sont traitées par la mémoire. Comme le précise Tardif (*Ibid.*) la sélection des informations conduit l'élève à rejeter et à ignorer certaines des informations. La nécessité que l'information soit crédible ou significative est reprise par Raymond (2006). Selon elle, si une information doit être apprise, elle doit être reconnue comme importante par celui qui apprend. Par ailleurs, la mémoire de travail ou mémoire à court terme est le lieu où l'information est traitée. Sa capacité est toutefois limitée. Elle peut contenir sept unités (+ ou - deux) concomitantes d'information à la fois. Une unité peut être un concept, une définition, un organigramme, etc. Toutefois : «ce n'est pas la taille des unités mais leur nombre qui crée problème dans la mémoire de travail, plus l'étendue des unités est grande, plus le nombre d'éléments traités est élevé.» (Tardif, 1997, p. 18) De plus, la mémoire de travail retient une information environ 10 secondes. Par conséquent, l'information disparaît de la mémoire si elle n'est pas reprise et organisée. Selon Barbeau, Montini et Roy (*Ibid.*, p. 258) :

Meilleurs sont l'élaboration, l'organisation et le codage, meilleures sont les probabilités pour l'élève d'être capable de retrouver l'information lorsqu'elle lui sera nécessaire, d'où l'importance d'emmagasiner l'information d'une façon élaborée et organisée. Si le professeur ou l'élève lie l'information nouvelle à un exemple, une analogie, une anecdote, des questions, une illustration visuelle, une expérience sensorielle, etc., il donne alors à l'élève ou il se donne des clés, des moyens de récupérer cette information.

Cette conception de l'organisation des connaissances dans la mémoire est comparable à celle de Tardif (*Ibid.*) pour qui l'organisation des connaissances dans la mémoire est plus fonctionnelle si celles-ci sont placées de façon hiérarchique :

L'organisation hiérarchique des connaissances constitue d'ailleurs une caractéristique des experts comparativement aux novices. Il est souvent

reconnu qu'un haut degré d'organisation des connaissances contribue directement à l'atteinte de l'expertise par un individu. (Tardif, 1997, p. 18)

Les connaissances sont alors emmagasinées dans la mémoire à long terme. Celle-ci peut contenir une grande quantité d'information qui y est retenue pendant des périodes de durée variable. La mémoire à long terme dispose de différents lieux d'entreposage selon la forme de l'information. Dans une situation d'apprentissage, l'élève doit émettre une réponse à la question ou au problème soumis. S'il a déjà des connaissances, il fait appel à sa mémoire à long terme. Il va mettre en relation les deux types de mémoire, mémoire de travail et mémoire à long terme, pour élaborer et soumettre une réponse. Lorsque la connaissance est intégrée, elle devient en quelque sorte automatisée libérant ainsi de l'espace dans la mémoire de travail qui permet à l'élève de travailler de nouvelles informations. Donc, pour les cognitivistes, l'apprentissage est un processus, c'est-à-dire une suite d'activités réalisées par l'élève, mais également un produit puisque la nouvelle information modifie la structure des connaissances antérieures et crée ainsi une nouvelle connaissance.

1.1.2 L'élève

Dans l'approche cognitiviste, l'élève est actif et constructif. Il est actif puisqu'il assume une grande part de la responsabilité de son apprentissage. Ainsi, l'élève doit s'engager dans le processus de son apprentissage. Barbeau, Montini et Roy (1997, p. 14) définissent l'engagement cognitif «comme la qualité et le degré de l'effort mental investi par un élève lors de l'accomplissement de tâches d'apprentissage.» Pour Tardif (1997, p. 16), «L'engagement est nécessaire parce qu'en apprentissage, il faut accepter de ne pas savoir pour s'inscrire dans la recherche d'un plus haut degré de compréhension et de maîtrise en présence de divers phénomènes ou de diverses situations.» L'engagement cognitif de l'élève se mesure grâce aux stratégies autorégulatrices utilisées par ce dernier : stratégies de gestion, stratégies métacognitives, stratégies affectives et stratégies cognitives. (Barbeau, Montini et Roy, *Ibid.*) L'élève est actif puisqu'il traite des informations qu'il a sélectionnées selon la signification et l'importance qu'il leurs a attribuées. Ces

informations peuvent être cognitives, métacognitives ou affectives. Elles sont traitées dans la mémoire, selon le processus du traitement de l'information décrit ci-dessus. De plus, l'élève est constructif parce qu'il bâtit graduellement ses nouvelles connaissances à partir de ses connaissances antérieures. Pour Tardif (*Ibid.*), «l'apprentissage est essentiellement une construction personnelle [de l'élève] résultant d'un engagement actif.»

1.1.3 L'enseignant, l'enseignement et les pratiques évaluatives

Si l'élève est l'acteur principal de ses apprentissages, «il est maintenant reconnu que les enseignants et les enseignantes exercent une grande influence sur la quantité et la qualité des apprentissages des élèves.» (Tardif, 1997, p. 15) Dans l'approche cognitive, l'apprentissage implique le traitement de l'information. Par conséquent, pour Tardif, l'enseignement constitue également une activité de traitement de l'information.

Dans une activité d'enseignement, une personne, un enseignant en l'occurrence, à partir d'un curriculum généralement défini à l'avance, planifie une séquence d'actions pédagogiques en vue de permettre à une autre personne, un élève, de s'approprier des connaissances qu'il ne maîtrisait pas d'une façon jugée satisfaisante jusqu'à ce moment précis. Cette phase de planification de l'enseignement conduit à la mise en application d'une séquence d'actions qui, elle, conduit à l'évaluation. Dans ce processus de planification, de mise en application, l'enseignant traite constamment un grand nombre d'informations : il traite des informations sur le champ de connaissances retenues à des fins d'enseignement; il traite des informations sur les composantes affectives de l'élève en sa présence; et il traite des informations sur les composantes cognitives de cet élève. Pour que la liste soit exhaustive, il faudrait ajouter que l'enseignant traite également des informations relatives à la gestion de la classe. (Tardif, 1992, p. 26-27)

Ainsi, l'enseignant aide l'élève à construire ses connaissances pour que celles-ci soient justes et utilisables ou transférables dans diverses situations. Pour ce faire, l'enseignant intervient fréquemment. Il est un entraîneur et un médiateur entre les connaissances et l'élève. Des stratégies cognitives et métacognitives doivent être utilisées. Les stratégies métacognitives de l'enseignant sont en lien avec le regard que

ce dernier pose sur sa façon d'enseigner. De plus, l'enseignant doit favoriser un environnement pédagogique demandant des tâches complètes et complexes à l'élève.

Tardif (1998a, p. 5) rajoute:

Les enseignantes et les enseignants fournissent le soutien pour naviguer cognitivement dans la complexité initiale et, progressivement, les situations ou les phénomènes sont décomplexifiés, de sorte que les élèves puissent construire les connaissances nécessaires en vue non seulement de comprendre ces situations ou ces phénomènes, mais également de pouvoir agir sur ceux-ci. Dans cette perspective, les situations de création, les projets à réaliser, les cas à analyser et les problèmes à résoudre proposent des contextes très appropriés.

Ensuite, les enseignants assument une part importante dans la motivation de leurs élèves et dans le sens que ceux-ci sont en mesure d'attribuer aux apprentissages. Tardif (1997) précise que la motivation des élèves est en lien avec les pratiques pédagogiques et les pratiques évaluatives. En ce sens, Barbeau, Montini et Roy (1997) ont développé un modèle de la motivation scolaire qui définit des déterminants de la motivation. Parmi ces déterminants, les systèmes de perception des élèves peuvent influencer leur motivation parce que la perception que ceux-ci ont de leurs capacités détermine leurs conduites scolaires. Ces systèmes de perception sont la perception attributionnelle, la perception de sa compétence, la perception de l'importance de la tâche et la perception de la difficulté de la tâche. La perception attributionnelle réfère à ce à quoi l'élève attribue sa réussite ou son échec dans une tâche. La perception de sa compétence est celle qui a le plus d'influence sur la réussite scolaire car l'élève se demande s'il est capable de réaliser la tâche, acquérir et utiliser les connaissances. Concernant la perception de l'importance de la tâche, l'élève se demande pourquoi il la ferait, à quoi celle-ci va lui servir : «il semble effectivement difficile de s'engager, de s'impliquer et de persévérer dans une tâche quand on ne perçoit pas la signification et l'importance de cette tâche dans le processus global d'apprentissage.» (*Ibid.*) À propos de la difficulté de la tâche, le défi proposé doit être réalisable par l'élève. Si la tâche semble ou est trop simple ou, à l'opposé, si elle semble ou est trop difficile, l'élève va se démotiver face à cette tâche.

Les pratiques évaluatives influencent aussi la motivation de l'élève parce qu'elles dirigent les stratégies d'étude. Le style des pratiques évaluatives conduit à des apprentissages en surface ou en profondeur selon la stratégie choisie par l'enseignant. «Il est reconnu que les pratiques évaluatives, beaucoup plus que les pratiques d'enseignement, dirigent la perception des élèves quant à l'axe à privilégier en apprentissage.» (Tardif, 1997, p. 15) Finalement, selon Raymond (2006), l'évaluation doit être fréquente, axée sur la construction du savoir, souvent formative, parfois sommative. L'évaluation doit concerner les connaissances ainsi que les stratégies cognitives et métacognitives utilisées par l'élève.

Nous venons de voir les principaux concepts de l'approche cognitiviste. Nous allons aborder maintenant les types de connaissances selon cette approche : les connaissances déclaratives, les connaissances procédurales et les connaissances conditionnelles.

1.2 Les différents types de connaissances et les processus cognitifs sollicités

La différenciation des types de connaissances en psychologie cognitive est importante puisque l'apprentissage suscite des approches pédagogiques différentes selon les types de connaissances. Pour les cognitivistes, les catégories de connaissances sont représentées différemment dans la mémoire à long terme. Par conséquent, les processus cognitifs sollicités et les stratégies d'enseignement varient selon le type de connaissances.

1.2.1 Les connaissances déclaratives

Les connaissances déclaratives sont des savoirs théoriques. Elles répondent à la question quoi? Pour être utilisées dans l'agir, elles doivent être transformées en connaissances procédurales ou en connaissances conditionnelles. Ces savoirs déclaratifs «se rapportent à des faits [...], à des principes ou à des lois, qui concernent les concepts.» (Raymond, 2006, p. 48) Avant d'aller plus loin, il est à noter que la

psychologie cognitive ne fait pas de distinction entre connaissance et savoir même si ces deux termes ne sont pas synonymes. Le savoir relève du collectif et présuppose des sommes de connaissances plus approfondies. Il est objectif et fait partie d'une communauté, d'une discipline, par exemple : les sciences infirmières. La connaissance est personnelle. Elle s'acquiert par l'étude, l'observation et l'expérience. Elle appartient à l'individu.

Lors de l'apprentissage des connaissances déclaratives, les deux processus cognitifs sollicités sont l'élaboration et l'organisation. L'élaboration est : « toute activité mentale effectuée par l'apprenant et qui rajoute quelque chose dans la mémoire à long terme. » (*Ibid.*) L'élaboration consiste également à donner du sens à l'information, à ajouter des informations à des connaissances déjà acquises et à multiplier les voies d'accès à la mémoire. Le processus d'organisation « consiste à diviser l'information en sous-ensembles et à indiquer les relations que chaque sous-ensemble entretient avec les autres sous-ensembles. » (Barbeau, Montini et Roy, 1997, p. 273) L'organisation sert à traiter et à emmagasiner l'information. Ce processus augmente lui aussi les voies d'accès à la mémoire. Il reste que les connaissances déclaratives « sont des connaissances statiques qui doivent être traduites en procédures ou en conditions pour permettre l'action. » (*Ibid.*)

1.2.1 Les connaissances procédurales

Les connaissances procédurales sont des connaissances pratiques, des savoir-faire. Elles réfèrent au comment. Dans le domaine des soins infirmiers, elles sont essentiellement des techniques de soins, par exemple installer une sonde vésicale. Ce sont des séquences d'action qui répondent à une seule condition et à une ou plusieurs actions. Les connaissances procédurales portent sur le comment de l'action et sur les étapes qui permettent de la réaliser. Néanmoins, il ne suffit pas à l'élève de connaître les étapes d'une action, par exemple, la réfection d'un pansement avec mèche, il doit également être capable de mettre en œuvre cette séquence d'action. Par conséquent, les connaissances procédurales ne peuvent se développer que dans la pratique ou

l'action. C'est l'élève qui doit effectuer cette pratique jusqu'à la maîtrise ou l'automatisation de la procédure.

Les processus cognitifs sollicités pour l'acquisition de ce type de connaissances sont la procéduralisation et la composition. La procéduralisation «consiste à créer une représentation de la condition et de la séquence des actions à exécuter.» (Barbeau, Montini et Roy, 1997, p. 279) Cependant, à ce moment, les étapes de la procédure ne sont pas encore automatisées par l'élève, d'autant plus que, chez le débutant, l'ensemble des actions occupe toute la mémoire de travail. Lors du processus de composition «on automatise progressivement l'utilisation de la procédure ou de la séquence par la pratique répétée, l'enchaînement devient automatique et la conscience des gestes plus globale.» (Raymond, 2006, p. 50)

1.2.3 Les connaissances conditionnelles

Chamberland, Lavoie et Marquis (2003, p. 16) ont donné une définition intéressante des connaissances conditionnelles :

Les connaissances conditionnelles, appelées aussi stratégiques, consistent à prendre en considération plusieurs conditions afin de pouvoir poser une action. Elles s'apparentent à la démarche suivie pour poser un diagnostic et serviraient de tremplin au transfert et à la généralisation.

Les connaissances conditionnelles se rapportent au quand et idéalement au pourquoi. À partir d'un ensemble de conditions (si, si, si et si..., alors), l'élève doit déterminer et appliquer l'intervention ou la procédure à utiliser dans un contexte donné. Les connaissances conditionnelles sont des connaissances pratiques nécessitant la reconnaissance des connaissances déclaratives ou procédurales nécessaires au contexte précis et à la mise en œuvre de l'intervention requise. Par conséquent, selon Barbeau, Montini et Roy (1997), l'élève doit comprendre et analyser rapidement le problème qu'il doit résoudre, il doit identifier la ou les démarches possibles pour le résoudre et, finalement, mettre en application avec aisance l'intervention retenue.

Les connaissances conditionnelles «se construisent en mettant en jeu les processus mentaux de généralisation et de discrimination.» (Raymond, 2006, p. 51) La généralisation permet d'identifier des caractéristiques communes à certaines situations. Avec la généralisation, l'élève devrait identifier les situations et les conditions dans lesquelles telles procédures ou telles connaissances déclaratives sont nécessaires ou efficaces pour accomplir la tâche ciblée. Le processus de discrimination est le contraire de la généralisation. Il restreint le nombre de situations auxquelles s'applique la même action. Le processus de généralisation et le processus de discrimination s'effectuent, «dans des tâches d'application et de transfert.» (*Ibid.*)

Le tableau 3 présente les différents types de connaissances de la psychologie cognitives en lien avec les processus cognitifs sollicités.

Tableau 3
Processus cognitifs sollicités dans l'apprentissage des différents types de connaissances

Connaissances	Répondent à la question	Processus cognitifs sollicité	
Déclaratives	Quoi	Élaboration	Organisation
Procédurales	Comment	Procéduralisation	Composition
Conditionnelles	Quand Pourquoi	Généralisation	Discrimination

Nous venons de voir les différents types de connaissances issues de la psychologie cognitive. Les connaissances conditionnelles nous amènent à aborder le concept du transfert des connaissances car, comme le soulignent Barbeau, Montini et Roy (1997, p. 287) :

Sensibiliser les élèves aux conditions d'utilisation des connaissances procédurales et déclaratives permet le transfert des apprentissages puisque ce dernier implique la reconnaissance de caractéristiques, de conditions propres à un phénomène. Le transfert demande de généraliser un apprentissage, de savoir l'intégrer dans un autre contexte, de reconnaître quand et pourquoi il est approprié de le faire.

Les sections suivantes vont porter sur la définition du transfert, la dynamique de contextualisation – décontextualisation – recontextualisation, et sur la perception d'une tâche ou d'un contexte par l'élève.

1.3 L'intégration et le transfert des connaissances

Dans le cadre de cet essai, nous traitons de l'intégration et du transfert des connaissances déclaratives en connaissances conditionnelles. Avant d'aborder le concept du transfert, l'apprentissage de la capacité à effectuer des transferts, les processus cognitifs du transfert et la pensée réflexive, il est important de définir et de distinguer l'intégration et le transfert des connaissances. Les définitions suivantes sont celles de Lauzon (2000, p. 35) :

L'intégration des apprentissages se produit quand l'élève réfléchit aux nouvelles connaissances acquises afin de les organiser avec ses connaissances antérieures et, ainsi, les enrichir, les corriger ou les modifier en vue de mettre à profit les nouvelles connaissances dans ses actions futures.

Le transfert consiste à réinvestir ses apprentissages pour résoudre des problèmes, réaliser des projets ou accomplir des tâches d'ordre cognitif, socio-affectif et psychomoteur. Il suppose que l'élève se retrouve devant une situation authentique dont la tâche exacte à réaliser n'est pas définie au départ.

Pour Lauzon (2000), l'intégration et le transfert sont étroitement liés. Selon le processus type d'apprentissage mis en évidence par le Pôle de l'Est (1996), l'intégration est la dernière étape de ce processus. Quant à Raymond (2006), lorsqu'elle nomme des interventions d'enseignement appropriées en lien avec cette étape, elle propose les activités favorisant le transfert à la suite de celles favorisant l'intégration mais dans la même étape. Par contre, Tardif (1992), dans les phases de l'enseignement stratégique, place l'intégration des connaissances lors de la présentation du contenu [2^e phase] et le transfert à la dernière étape de la phase application et transfert des connaissances [3^e phase].

Le tableau 4 représente où se situe l'intégration et le transfert des connaissances dans les étapes de l'apprentissage selon le Pôle de l'Est (1996), Raymond (2006) et Tardif (1992). Il est à noter que les termes intégration et transfert sont en gras de manière à les faire ressortir davantage puisque ce sont ces concepts qui sont le centre d'intérêt de notre recherche.

Tableau 4

L'intégration des connaissances par rapport au transfert des connaissances

Pôle de l'Est (1996)	Raymond (2006)	Tardif (1992)	
Le processus type d'apprentissage	Adaptation du processus type d'apprentissage du Pôle de l'Est	Les phases de l'enseignement stratégique	
Étapes	Étapes	Phases	Étapes
1. Activation 2. Élaboration 3. Organisation 4. Application 5. Procéduralisation 6. Intégration	1. Activation 2. Élaboration 3. Organisation 4. Application 5. Procéduralisation 6. Intégration : Les interventions d'enseignement appropriées à cette étape se font en deux temps: 1) dans un contexte nouveau, l'élève doit appliquer une connaissance en l'intégrant à ce contexte 2) les enseignants doivent favoriser le transfert dans des situations plus ou moins reliées	Préparation à l'apprentissage	1. Discussion des objectifs de la tâche 2. Survol du matériel 3. Activation des connaissances antérieures 4. Direction de l'attention et de l'intérêt
		Présentation du contenu	7. Traitement des informations 5. Intégration des connaissances 6. Assimilation des connaissances
		Application et transfert des connaissances	7. Évaluation formative et sommative des apprentissages 8. Organisation des connaissances en schémas 9. Transfert et extension des connaissances

Un consensus se dégage : l'intégration des connaissances précède le transfert. Intégrer, c'est faire des liens entre les différentes connaissances antérieures et les nouvelles pour obtenir une nouvelle connaissance. Transférer, c'est mettre en

application les connaissances intégrées dans un contexte différent de celui dans lequel elles furent apprises.

Cette définition du transfert que nous venons de décrire rejoint celle de Tardif (1999), pour qui le transfert consiste à utiliser dans une tâche cible, une connaissance construite dans une tâche source. À cette conception, il rajoute le principe de la résolution de problème et distingue le transfert de l'application. Ainsi pour Tardif (1999, p. 60), «le transfert des apprentissages partage obligatoirement les caractéristiques de la résolution de problème.» Ces caractéristiques sont la présence de données initiales, la présence d'un but final, la présence de contraintes et la nécessité de la recherche d'une suite d'opérateurs (Tardif, 1992). Le transfert correspond à un problème à résoudre et il se distingue de l'application pure et simple d'une connaissance, d'une compétence ou d'une tâche. Par exemple, en soins infirmiers, dans toutes les situations cliniques d'hémorragie, l'élève va devoir évaluer le risque de choc hypovolémique. Il ou elle doit surveiller alors les manifestations cliniques de ce dernier, soit la chute de tension artérielle, un pouls rapide, faible et superficiel, une respiration rapide, une peau moite et pâle. Il ou elle va évaluer l'hémoglobine, augmenter le débit du soluté et administrer une ou des transfusions de produits sanguins au besoin. Cela montre que l'évaluation et les interventions de base en lien avec une hémorragie peuvent être de simples applications indépendantes du milieu ou de la situation clinique. Par contre, certaines évaluations ou interventions sont spécifiques au domaine de la périnatalité et elles doivent être directement en lien avec les causes d'hémorragie de ce domaine. Ainsi, lors d'une atonie utérine, l'élève doit mettre en application les connaissances générales des interventions en lien avec les hémorragies mais, en plus, il ou elle doit transférer ses connaissances déclaratives sur l'atonie utérine et les appliquer. Donc, dans une situation d'atonie utérine, l'élève devra dépister le problème grâce à la vérification de la hauteur, de la fermeté et de la position de l'utérus, et vérifier les lochies. Il ou elle décidera, selon la situation, de faire uriner la cliente, de faire un massage et/ou d'extraire des caillots.

Nous venons de voir que la définition du transfert se rapproche du processus de résolution de problème dans une nouvelle tâche, que l'intégration précède le transfert et, finalement, que l'application simple d'un apprentissage se distingue du transfert. Avant d'aborder la dynamique de la contextualisation – décontextualisation – recontextualisation, il est important de souligner que le transfert n'est pas un processus spontané. La capacité à transférer s'apprend : «On n'apprend pas le transfert comme compétence spécifique mais on acquiert des outils, des schèmes ou des postures mentales qui peuvent le faciliter.» (Perrenoud, 1997, p. 5) D'où l'importance d'enseigner les processus d'intervention dans des situations cliniques données.

1.3.1 La contextualisation – la décontextualisation – la recontextualisation

Le transfert des apprentissages porte sur l'application des connaissances, mais dans un contexte différent de celui dans lequel elles furent apprises. Selon Tardif et Meirieu (1996, p. 4) «toute connaissance porte inévitablement la marque de son contexte initial d'acquisition. (...) Le fait de contextualiser une connaissance lui accorde plus de signification et, en conséquence, plus de stabilité cognitive.» Le sens d'une connaissance est toujours lié à un contexte. Ainsi, la contextualisation débute dès l'apprentissage initial et s'effectue lors du «processus de l'encodage des apprentissages de la tâche source.» (Presseau et Frenay, 2004, p. 165) De plus, Tardif (1999, p. 33) croit que la contextualisation «permet aux élèves de particulariser leur apprentissage. (...) Chaque situation d'apprentissage doit être fortement contextualisée, assurant ainsi que le contenu spécifique que la situation privilégie, permette aux élèves de particulariser leur apprentissage.» La particularisation est antérieure à la généralisation des apprentissages. Toutefois, du point de vue du transfert, le fait de contextualiser une connaissance peut rendre ce dernier plus difficile. En effet, comme le souligne Perrenoud (1999, p. 1), «une bonne partie des connaissances que les élèves assimilent ne seraient utilisables que dans le contexte même de leur apprentissage, autrement dit à l'école, voire dans la même classe.» En stage, cela signifie que le contexte de l'apprentissage initial est la salle de classe et le

second contexte est le milieu clinique. Pour diminuer cette difficulté, Presseau et Frenay (*Ibid.*) rapportent qu'il faut voir la tâche source comme le point d'ancrage de la future cible et donc tendre à mettre en relation autant que possible les tâches source et cible. En bref, lors de la résolution d'un problème clinique en stage, l'enseignante utilise les connaissances déclaratives apprises en classe comme point d'ancrage et amène l'élève à les mettre en relation dans le contexte de la situation clinique qu'il traite. Ainsi, «la théorie et l'action sont constamment en interaction, la théorie permettant notamment une meilleure planification de l'action (...), l'action garantissant la contextualisation de la théorie.» (Tardif, 1998, p. 5) Cependant, en stage, la théorie ne précède pas toujours l'action. Toutefois, l'élève n'est pas sans connaissance. Il peut utiliser les raisonnements inductifs, déductifs et analogiques pour trouver du sens dans une nouvelle situation.

Pour éviter que la connaissance ne reste liée à son contexte initial d'acquisition, il faut amener l'élève à décontextualiser. Décontextualiser une connaissance, c'est l'extraire de son contexte d'acquisition, c'est la considérer à l'état pur. Comme le soulignent Tardif et Presseau (1998, p. 43) :

À elle seule, la contextualisation des apprentissages ne suffit pas à provoquer la réutilisation de connaissances et de compétences dans un nouveau contexte [...] Outre qu'elle permet de décrire l'action, la décontextualisation est un moment privilégié pour l'expliquer, l'explicitier, la reformuler.

Pour aider l'élève à décontextualiser, il faut lui présenter plusieurs contextes ou problèmes à partir desquels il devra faire ressortir les connaissances générales. Il ne s'agit pas ici de présenter de nombreux exercices ou problèmes de même niveau qui contribuent plutôt à susciter l'automatisation ou l'application d'une connaissance. Comme le rapporte Perrenoud (1997, p. 7) :

S'exercer au transfert, c'est s'habituer à la nouveauté, faire le deuil du côté sécurisant des exercices traditionnels, avec leurs variations mineures,

pour leur substituer des situations problèmes face auxquelles chacun est au départ démuni parce que le problème est encore à identifier et à construire et parce que les solutions ne s'imposent pas de soi.

Lors du processus de décontextualisation, il faut aider l'élève à prendre conscience des connaissances qui sont acquises dans le contexte initial et qui sont reprises dans les situations de transfert. La décontextualisation correspond aux opérations mentales de généralisation et de discrimination dans l'enseignement des connaissances conditionnelles puisque :

Pour les deux opérations, il s'agit de mettre en place des activités qui permettent explicitement de faire ressortir, pour l'élève, les conditions essentielles et les traits distinctifs d'exemples, de cas et de situations qu'on lui présente ou de lui demander de le faire. (Raymond, 2006, p. 136)

Pour assurer le transfert, il faut recontextualiser la connaissance, c'est-à-dire lui accorder un caractère plus général pour fournir la perspective nécessaire à la réutilisation ultérieure dans une situation nouvelle. À ce moment, l'élève doit «anticiper les situations où il devra réutiliser les apprentissages dans de nouveaux contextes.» (Presseau et Frenay, *Ibid.*)

Finalement, par rapport à la décontextualisation, la recontextualisation «se situe (...) plus en relation de simultanéité qu'en relation de séquentialité» (Tardif et Meirieu, *Ibid.*). L'ordre à privilégier entre décontextualisation et recontextualisation est relatif. «En revanche, il est incontournable de fournir aux élèves des occasions multiples de réutiliser leurs connaissances et leurs compétences» (Tardif et Presseau, 1998, p. 43).

1.3.2 L'apprentissage de la capacité à effectuer des transferts

La perception que l'élève a d'une connaissance, d'un contexte, d'une tâche et des éléments communs entre deux contextes ou deux tâches influence la capacité des élèves à transférer car «ce n'est pas tant les tâches en elles-mêmes qui importent pour

que le transfert se produise, mais (...) la représentation que le sujet se fait de ces tâches et de leur ressemblance.» (Tardif et Presseau, 1998, p. 40) «Le regard subjectif que porte l'élève sur les tâches (...) se révèle un facteur détenant beaucoup plus de force (...) que les caractéristiques objectives de la tâche source et de la tâche cible.» (Tardif, 1999, p. 27) Un élève transfère une connaissance lorsqu'il l'applique dans un contexte différent de celui dans lequel cette connaissance a été apprise. De plus, pour qu'il y ait transfert d'une connaissance, il faut qu'il y ait une résolution de problème. «Si tout est similaire entre deux tâches il ne peut être question de transfert, mais simplement d'application.» (Presseau et Frenay, 2004, p. 167) Or, pour résoudre un problème, il faut être capable de percevoir les données du problème pour pouvoir les analyser et trouver la solution.

Pour que l'élève soit capable de transférer, il doit développer sa capacité à percevoir les similarités et les différences entre deux tâches, deux contextes ou deux situations cliniques qui lui posent un problème. Selon Presseau et Frenay (*Ibid.*), les similarités peuvent être des caractéristiques de surface ou des caractéristiques structurelles. Les caractéristiques de surface sont des caractéristiques accessoires, non reliées de façon causale ou fonctionnelle aux buts et aux résultats de la situation. À l'opposé, les caractéristiques structurelles sont essentielles car elles sont reliées aux buts et aux résultats de la situation. Seules les caractéristiques structurelles devraient être retenues par l'élève, plutôt que les caractéristiques de surface.

1.3.3 Les processus cognitifs du transfert

Tardif (1999) a établi sept processus cognitif composant la dynamique du transfert des apprentissages. Ces processus sont des étapes à franchir par les élèves qui transfèrent des connaissances. Le tableau 5 présente les sept processus de la dynamique du transfert des apprentissages selon la séquence établie par Tardif :

Tableau 5
Les sept processus composant la dynamique du transfert des apprentissages

1. Encodage des apprentissages de la tâche source
2. Représentation de la tâche cible ou du problème
3. Accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme
4. Mise en correspondance des éléments de la tâche cible et de la tâche source
5. Adaptation des éléments non correspondants
6. Évaluation de la validité de la mise en correspondance
7. Génération de nouveaux apprentissages

Source : adaptation du texte de Tardif, 1999.

La durée de chacune de ces étapes varie selon le niveau de connaissances de l'élève. Une certaine linéarité dans la séquence des processus demeure :

dans la mesure où la représentation du problème précède nécessairement la mise en correspondance des éléments de la tâche cible et de la tâche source et dans la mesure où cette mise en correspondance est forcément antérieure à l'évaluation des éléments non correspondants. (*Ibid.*)

Toutefois, cette séquentialité n'interdit pas un va-et-vient entre les processus. L'élève peut et doit briser cette séquentialité et retourner à un processus antérieur chaque fois qu'il le juge nécessaire ou qu'il en a besoin.

Le premier processus traite de la tâche source et le second, de la tâche cible. Ces deux processus du transfert font partie de cette dynamique étant donné que les connaissances transférables sont acquises dans des situations de contextualisation et de décontextualisation, et que toute situation de transfert correspond à une résolution de problème. De plus, la reconnaissance par l'élève des similarités et des différences entre deux tâches est importante tout au long des sept processus cognitifs. Dans le premier processus, l'élève doit se représenter la tâche cible ou le problème à résoudre, c'est-à-dire définir quels aspects doivent être pris en considération. Il doit distinguer les caractéristiques structurelles des caractéristiques superficielles. Dans le deuxième, il doit faire l'inventaire de ses connaissances en accédant à ces

connaissances antérieures. Selon Toupin (1995, p. 108), «la récupération des connaissances antérieures dépend (...) de la similarité que la personne établit entre la situation d'apprentissage et la situation de transfert.» Au moment du troisième processus, l'élève établit s'il s'agit d'un problème ou s'il s'agit de l'application d'un apprentissage antérieur. Le quatrième processus est la mise en correspondance des éléments de la tâche cible et de la tâche source. Lors de ce processus, l'élève détermine les similitudes et les différences et discrimine leur valeur. Au cours du cinquième processus, l'élève adapte les éléments non correspondants en conciliant les différences si celles-ci ne paraissent pas nuisibles. Toutefois, s'il ne peut y avoir conciliation, l'élève doit retourner au deuxième ou au troisième processus et revoir les caractéristiques des similarités et des différences. Lors du sixième processus, l'élève fait le point en évaluant la validité de la mise en correspondance des caractéristiques entre la tâche source et la tâche cible. Il a alors trois possibilités : résoudre le problème et réaliser la tâche cible, revenir à un processus antérieur, mettre fin aux tentatives de résolution de problème et revenir à une situation initiale d'apprentissage. Dans le septième processus, la génération de nouveaux apprentissages demande à l'élève d'établir des liens entre les apprentissages déjà encodés de la tâche source et les nouveaux apprentissages de la tâche cible. C'est à ce moment que l'élève recontextualise.

Afin de résumer les propos ci-dessus, le tableau 6 présente le modèle de la dynamique du transfert des apprentissages de Tardif (1999) intégrant les stratégies requises par les élèves tout au long des sept processus ainsi que les interventions pédagogiques en lien avec ces processus.

Tableau 6 Le modèle de la dynamique du transfert des apprentissages intégrant la perspective des élèves et celle des enseignants

Processus	Stratégies	Interventions pédagogiques
1. Encodage des apprentissages de la tâche source	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualisation des apprentissages • Organisation des apprentissages • Indexation conditionnelle des apprentissages 	Viabilité des apprentissages Organisation des apprentissages
2. Représentation de la tâche cible	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination des buts • Détermination des contraintes • Distinction des données structurelles et des données superficielles • Création d'un modèle mental 	Analyse de la tâche Construction graduelle d'un modèle mental provisoire
3. Accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme	<ul style="list-style-type: none"> • Activation des connaissances et des compétences antérieures • Insertion des connaissances et des compétences en mémoire de travail 	Exploration polyvalente des connaissances et des compétences antérieures Conscience des connaissances et des compétences disponibles
4. Mise en correspondance des éléments de la tâche cible et de la tâche source	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des connaissances et des compétences • Établissement des relations de similarité • Établissement des relations de différence 	Réduction des choix possibles Catégorisation des relations
5. Adaptation des éléments non correspondants	<ul style="list-style-type: none"> • Conciliation des différences • Création de nouveaux liens par inférence 	Réduction des différences
6. Évaluation de la validité de la correspondance	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination des écarts entre la tâche cible et la tâche source • Détermination des probabilités de réussite 	Évaluation de l'ampleur des ressemblances et des différences
7. Génération de nouveaux apprentissages	<ul style="list-style-type: none"> • Extraction de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences • Organisation des nouvelles connaissances et des nouvelles compétences • Indexation conditionnelle des nouveaux apprentissages 	Établissement de lien avec des connaissances et des compétences antérieures Viabilité des apprentissages Organisation des apprentissages

Source : Tardif, 1999, p. 181

1.3.4 La pratique réflexive

La pratique réflexive permet à l'élève de prendre une distance face à son apprentissage, de dégager l'important de l'accessoire et d'établir des liens entre les expériences vécues, les notions et concepts appris. Selon Presseau et Frenay (2004, p. 285), «il est dorénavant reconnu que le transfert ne s'opère pas de manière automatique et qu'il s'acquière par l'exercice et une pratique réflexive.» Cette idée est reconnue par plusieurs auteurs (Barbès, 2001, Boudreau, 2002, Perrenoud, 2004, Schön, 1994, Villeneuve, 1997) qui s'intéressent à l'articulation théorie/pratique et à l'apprentissage en stage. Barbès (2001, p. 30) rapporte que «c'est à l'occasion des travaux [de stage] que l'élève effectue sa propre synthèse de ce qu'il sait et de ce qu'il est en train d'apprendre.»

La pratique réflexive, selon Schön (1994), porte sur sa propre action. Elle peut se faire dans l'action ou après l'action. Elle doit porter sur l'analyse de sa pratique, la résolution de problème. Elle doit être axée sur la gestion de plusieurs éléments simultanés. Elle doit être explicite et méthodique. De plus, elle doit s'appuyer sur un répertoire de connaissances. Comme le met en évidence Perrenoud (2004, p. 10) :

Nul ne réfléchit dans le vide [...] toute analyse pointue s'appuie sur des savoirs. [...] Ce sont ces savoirs qui permettent de mettre de l'ordre, de distinguer des aspects et des traits, d'isoler des variables et des processus, de comparer, de classer, d'ordonner, de mettre en relation.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons à la création de matériel pédagogique favorisant le transfert des connaissances en stage. Par conséquent, la pratique réflexive réalisée lors de la réflexion sur l'action devra être incluse dans l'outil pédagogique créé.

2. LA RECENSION DES ÉCRITS

La littérature concernant l'élaboration de matériel pédagogique favorisant le transfert des connaissances lors des stages de soins infirmiers est pauvre. Six documents traitant des stratégies pédagogiques et/ou de la production de matériel favorisant l'intégration et/ou le transfert des connaissances en soins infirmiers ont été recensés. Sur les six documents recensés, quatre traitent de l'intégration et/ou du transfert des connaissances à la sixième session 180-620 de l'ancien programme de Soins infirmiers. Cette session s'appelait à l'époque intégration. De plus, seulement deux de ces écrits s'intéressent à l'intégration et au transfert des connaissances en stage clinique : Amiot et Saint-Pierre, (1995) et Roy (1998). Ces deux écrits exposent des stratégies pédagogiques en lien avec la conception d'outils construits pour le cours Soins infirmiers 180-620.

Le premier écrit, un article de Amiot et Saint-Pierre (1995), traite du développement d'un instrument d'analyse qui permet de relier la pratique clinique aux connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles de l'ensemble du programme incluant la formation générale et spécifique, pour ensuite les réinvestir dans l'action. La stratégie retenue comprend trois éléments :

D'abord une étude de cas clinique permet d'utiliser des connaissances de tous les cours du programme pour préparer son action, intervenir en situation réelle de travail et finalement, réfléchir sur son action. Puis cette réflexion est supportée par la schématisation des notions pertinentes à la situation réelle et la mise en relief des liens qui les unissent. Enfin, le feedback de l'enseignante constitue la troisième composante. (p. 1)

La conception pédagogique de cette stratégie a été élaborée à partir de l'approche cognitiviste de Gagné (1985), Tardif (1992) et Viau (1994). Elle rejoint plusieurs éléments traités dans le cadre théorique présenté, particulièrement la contextualisation, l'organisation des connaissances, la perception d'une tâche et des éléments de celle-ci, la réflexion ainsi que l'évaluation. Cependant, la stratégie est

décrite sommairement et l'outil pédagogique développé est absent. De plus, il semblerait que cet instrument favorise l'intégration des connaissances entre les différentes notions apprises dans tous les cours, mais, le transfert des connaissances en stage ou dans l'agir n'est pas abordé.

Le deuxième document est un essai réalisé dans le cadre d'une maîtrise en enseignement. Cet essai écrit par Roy (1998) porte sur l'élaboration d'un matériel pédagogique visant à favoriser le transfert des connaissances lors des stages d'intégration en soins infirmiers. L'auteure s'adresse à la même clientèle qu'Amiot et Saint-Pierre, c'est-à-dire aux finissantes du programme Soins infirmiers en session d'intégration. Elle décrit la problématique de l'intégration et du transfert des connaissances en stages cliniques du programme de Soins infirmiers. Cela ressemble beaucoup aux éléments de la problématique présentée au premier chapitre de cet essai. Par contre, Roy aborde le problème de l'intégration et du transfert des connaissances à partir de la composante affective ou métacognitive, c'est-à-dire l'estime de soi, la confiance en soi, le sentiment d'auto-efficacité, les croyances attributionnelles, la motivation et la communication. Le matériel pédagogique développé est un portfolio métacognitif élaboré à partir du programme de stimulation et développement métacognitif des enfants d'âge préscolaire de Dubuc (1995). Le but de ce portfolio est d'amener l'élève à développer sa pensée critique et son jugement dans une démarche d'écriture. Selon Roy (*Ibid.*), c'est un moyen de réflexion et d'autoévaluation. Cet outil pédagogique socioconstructiviste favorise la pratique réflexive telle que décrit au point 2.3.4 de ce chapitre. L'enseignant doit vérifier fréquemment et discuter avec l'élève du contenu du portfolio. Toutefois, l'intégration et le transfert des connaissances en stage ne sont pas clairement établis. De plus, la dynamique du transfert contextualisation-décontextualisation-recontextualisation ainsi que les sept processus du transfert sont absents. Les composantes cognitives sont absentes. Comme le souligne l'auteure dans la conclusion, c'est un outil qui offre des avenues intéressantes, mais qui doit être constamment révisé afin de s'assurer de son efficacité dans le développement professionnel.

Ces deux recherches montrent une préoccupation pour l'intégration et le transfert des apprentissages dans les stages de soins infirmiers, mais il s'avère important de continuer le travail dans cette direction.

3. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous venons de voir le cadre de référence selon une perspective cognitiviste de l'apprentissage. Par la suite, les conceptions de l'intégration et du transfert des connaissances, incluant la dynamique du transfert de Tardif, ont été développées. Finalement, une recension des écrits sur des stratégies pédagogiques favorisant l'intégration et/ou le transfert des connaissances en soins infirmiers a été abordée et on a pu voir que le problème soulevé dans la présente recherche concorde bien avec d'autres analyses de la formation en soins infirmiers au collégial. Deux recherches ont d'ailleurs visé, chacune à leur manière à développer des outils.

Dans le cadre de cet essai, nous nous intéressons aux stratégies pédagogiques issues de la psychologie cognitive favorisant l'intégration et le transfert des connaissances. Nous avons relevé que même si le stage de périnatalité est un contexte d'apprentissage authentique, concret et complexe, il n'en demeure pas moins que les élèves ont de la difficulté à faire des liens entre la théorie et la pratique et, par conséquent, à développer un savoir-agir professionnel réfléchi. En d'autres mots, selon une perspective cognitiviste, les élèves ont de la difficulté à intégrer et à transférer les connaissances déclaratives en connaissances conditionnelles lors du stage de périnatalité. C'est pourquoi, à partir des stratégies pédagogiques issues de la psychologie cognitive, nous voulons produire du matériel pédagogique qui aiderait l'élève en ce sens.

Notre objectif de recherche est de produire un carnet de stage permettant à l'élève d'intégrer et de transférer méthodiquement et consciemment les diverses

connaissances nécessaires à l'agir infirmier dans le domaine de la périnatalité. Ce carnet de stage sera construit à partir des stratégies pédagogiques issues de la psychologie cognitive.

Le prochain chapitre va traiter de la méthodologie envisagée pour le développement de ce matériel pédagogique visant à favoriser l'intégration et le transfert des connaissances pour le stage de soins infirmiers dans le domaine de la périnatalité de niveau collégial.

TROISIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Dans le premier chapitre, la problématique, nous avons relevé que même si le stage de périnatalité est un contexte d'apprentissage authentique, concret et complexe, il n'en demeure pas moins que les élèves ont de la difficulté à faire des liens entre la théorie et la pratique et par conséquent, à développer un savoir-agir professionnel réfléchi et transférable. C'est pourquoi nous voulons produire du matériel pédagogique qui aiderait l'élève en ce sens.

Notre objectif de recherche est de produire un carnet de stage permettant à l'élève d'intégrer et de transférer méthodiquement et consciemment les diverses connaissances nécessaires à l'agir infirmier dans le domaine de la périnatalité. Ce carnet de stage sera construit à partir des stratégies pédagogiques issues de la psychologie cognitive. Les concepts de la psychologie cognitive, de l'intégration et du transfert des connaissances ont été vus dans le deuxième chapitre, le cadre de référence selon la psychologie cognitive.

Dans ce chapitre, nous traiterons d'abord de la planification de la conception du matériel pédagogique. Par la suite, nous aborderons la mise en forme de ce matériel, incluant la réflexion sur l'activité même de production du matériel en lien avec le cadre de référence issu d'une perspective cognitiviste. Finalement, afin de déterminer la valeur du matériel pédagogique élaboré et éventuellement de l'améliorer en tenant compte des remarques, nous procéderons à une validation par des experts. Les experts retenus sont des personnes ressources de l'Université de Sherbrooke. Cette validation, réalisée à l'aide de deux grilles d'évaluation et d'une évaluation libre, assurera la correspondance entre les divers aspects du matériel, du cadre conceptuel et du domaine infirmier. En ce sens, le matériel validé constituera les résultats de notre recherche et sera présenté au quatrième chapitre.

Avant de débiter, nous avons dû réfléchir aux étapes de la planification. Dans un premier temps, nous allons définir le type d'essai à réaliser. Puis, nous allons déterminer les objectifs qui vont guider la planification du matériel. Enfin, nous allons décrire les caractéristiques de notre matériel pédagogique.

1. LA PLANIFICATION DE LA CONCEPTION DU CARNET DE STAGE

Notre objectif porte sur la production de matériel pédagogique: un carnet de stage. Nous avons travaillé selon la démarche méthodologique proposée par Paillé (2004) pour planifier ce matériel pédagogique qui constitue un support essentiel au stage. Paillé (*Ibid.*) décrit sept étapes à réaliser pour produire un matériel pédagogique. Le tableau 7 présente ces étapes.

Tableau 7
Les étapes de la production de matériel pédagogique selon Paillé (2004)

-
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicitation du cadre conceptuel du matériel 2. Choix et justification du support du matériel (audio, vidéo, écrit, informatique) 3. Choix et justification du matériel (conte, problèmes, jeu, exercices, etc.) 4. Mise en forme des activités pédagogiques 5. Vérification de la correspondance entre les divers aspects du matériel pédagogique et le cadre conceptuel 6. Mise à l'essai du matériel ou évaluation par les pairs 7. Réflexion sur l'activité même de production du matériel |
|--|
-

Source : Adaptation de Paillé, 2004, p. 10

Les étapes décrites par Paillé nous ont servi de guide général. Nous les avons cependant adaptées selon nos besoins spécifiques. Le tableau 8 présente l'adaptation que nous avons faite de la démarche de Paillé pour planifier la conception du carnet de stage.

Tableau 8
Les étapes de production du carnet de stage

-
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Expliciter le cadre conceptuel 2. Déterminer les objectifs pédagogiques du matériel 3. Déterminer le choix et la justification du matériel 4. Élaborer le matériel 5. Procéder à la validation du matériel 6. Modifier le matériel 7. La discussion des résultats |
|--|
-

1.1 Le cadre conceptuel

La première étape de la production du matériel pédagogique a été d'explicitement le cadre conceptuel. Cela a été fait au deuxième chapitre. Rappelons que dans le cadre de cet essai, nous voulions concevoir du matériel pédagogique qui correspond à un besoin et à un contexte précis, à partir de connaissances scientifiques. Notre besoin est l'intégration des connaissances déclaratives vues en classe et le transfert de ces connaissances dans l'action. Notre contexte est un stage clinique de soins infirmiers dans le domaine de la périnatalité. Notre matériel pédagogique s'adresse à une clientèle précise, soit des élèves en soins infirmiers de quatrième ou de cinquième session de niveau collégial. Les caractéristiques du stage de Soins infirmiers dans le domaine de la périnatalité de niveau collégial de même que les caractéristiques de la clientèle ont été décrites au premier chapitre de cet essai. De plus, le matériel a été élaboré à partir de la perspective cognitiviste fortement influencée par la conception du transfert de Tardif (1999). Le modèle de la dynamique du transfert de Tardif (*Ibid.*) incluant les stratégies et les interventions pédagogiques est résumé au tableau 6 du chapitre 2 de notre essai.

Après avoir explicité le cadre de référence, il est essentiel d'élaborer les objectifs pédagogiques du matériel afin de déterminer l'orientation pédagogique du matériel.

1.2 Les objectifs pédagogiques du matériel

Après avoir déterminé la problématique, le type d'essai ainsi que le cadre de référence, il est essentiel d'établir les objectifs pédagogiques guidant la planification du matériel.

Le premier objectif est l'intégration des connaissances déclaratives pour permettre aux élèves de faire des liens entre les connaissances apprises tout au long de la formation basée sur les différentes compétences du devis ministériel du programme de formation Soins infirmiers 180.AO. La définition de l'intégration retenue est la suivante: intégrer, c'est faire des liens entre les différentes connaissances pour obtenir une nouvelle connaissance. Cette définition provient de l'analyse que nous avons faite au deuxième chapitre. Le défi à relever à l'égard de cet objectif est de cibler les connaissances à faire intégrer.

Le deuxième objectif pédagogique est de favoriser le transfert des connaissances déclaratives en connaissances conditionnelles de façon méthodique et explicite. La définition du transfert est celle de Tardif (1999) que nous avons aussi analysée au deuxième chapitre: le transfert consiste à utiliser dans une tâche cible une connaissance construite dans une tâche source. Rappelons que pour Tardif (*Ibid.*), le transfert n'est pas l'application pure et simple d'une connaissance. Il correspond à un problème à résoudre et génère à la fin du processus une nouvelle connaissance. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes inspirée du modèle de la dynamique du transfert des apprentissages décrit par Tardif (*Ibid.*) Nous croyons que ce modèle est adapté pour un stage clinique en soins infirmiers car les processus de résolution de problème, tels que décrits par Tardif (1992), s'apparentent à la démarche de soins infirmiers parce qu'ils consistent essentiellement tous les deux à réaliser ou à mettre en œuvre trois grandes étapes : perception, analyse, action. Selon Lefebvre et Dupuis (1993, p.2), «tous les deux [processus de résolution de problème et démarche de soins] indiquent un cheminement à réaliser pour trouver une solution efficace à un

problème.» Cependant, le modèle de Tardif (1999) est plus complet dans sa démarche pour favoriser le transfert des connaissances, notamment en ce qui concerne l'encodage des apprentissages, l'accessibilité aux connaissances et la génération de nouveaux apprentissages. Le défi posé par cet objectif consiste, au moment de l'analyse de la démarche clinique, à dépasser «un simple entraînement à la mobilisation des acquis devant des cas concrets.» (Perrenoud, 2001a, p.10)

Le troisième objectif pédagogique est de favoriser un retour réflexif sur les interventions faites par l'élève en stage. Cette réflexion se fera après l'action, c'est-à-dire lorsque l'élève analysera ses interventions effectuées dans une situation clinique à l'aide du carnet de stage. Comme nous l'avons vu au deuxième chapitre, selon Presseau et Frenay (2004, p. 299), «la réflexion (...) se fait forcément à partir du contexte dans lequel s'inscrit l'action.» Ces auteures écrivent que la décontextualisation prend la forme d'une réflexion sur l'action. Celle-ci vient après la contextualisation et poursuit l'intention de généralisation. De plus, «le transfert réflexif présuppose une intention de réutilisation de savoirs à d'autres situations au moyen de la réflexion sur l'action.» (*Ibid.*) Le défi de cet objectif est d'orienter la réflexion de l'élève vers ce qui est pertinent. Or, comme le souligne Boudreau (2002, p. 61), certains «élèves démontrent une résistance et un refus d'approfondir l'action par l'analyse.» Ainsi, il a fallu accorder une attention particulière à la formulation de la question et des consignes concernant le retour réflexif.

Après l'élaboration des objectifs pédagogiques du matériel, nous passons à l'étape du choix et de la justification du support du matériel ainsi que le choix et la justification du matériel.

1.3 Le choix et la justification du matériel

Cette étape de la production de matériel pédagogique permet de faire le choix et la justification du support du matériel et du format du matériel. Selon Paillé (2004)

le support du matériel pédagogique peut se faire à l'aide de vidéo, d'écrit, de matériel audio ou informatique. Le format du matériel peut être des problèmes, un jeu, des exercices. Le matériel pourrait être en soi, et sans autre support, un vidéo ou un logiciel.

Comme le matériel pédagogique à produire est un carnet de stage à compléter par le ou la stagiaire, le format choisi est la résolution de problème. Le ou la stagiaire doit analyser deux situations cliniques à partir de la démarche établie pour favoriser l'intégration et le transfert des connaissances déclaratives, à l'aide des sections du carnet de stage dans chacune des deux grandes étapes d'apprentissage.

Pour l'utilisation de notre carnet de stage, nous avons choisi comme support à notre matériel, un support papier et un support informatique. Le support papier consiste en un document qui sera distribué aux élèves en version papier. Ce document présente la collecte des données à effectuer auprès de la clientèle dans le département de périnatalité. Il aura deux pages 8 1/2 X 11 recto – verso attachées ensemble. Le support informatique consiste en un document électronique situé sur la plateforme collégiale DECclic II, qui permettra au stagiaire d'analyser les données recueillies à l'aide du document papier utilisé lors de la collecte des données. La plateforme collégiale DECclic II est un environnement d'apprentissage en ligne qui intègre des questionnaires d'activités, d'évaluation et de communication. Elle peut soutenir des projets de grande envergure, l'encadrement ou peut servir comme outils d'appoint. Pour l'employer, les élèves doivent avoir accès à l'Internet. Le maniement de la plateforme d'apprentissage DECclic II n'est pas une difficulté pour les élèves de Soins infirmiers au Collège de Valleyfield. Ces derniers ont eu une formation sur l'utilisation de DECclic II en première session. Plusieurs enseignantes du département de Soins infirmiers l'utilisent comme support ou outil pédagogique et de communication. De plus, pour le cours Soins infirmiers en périnatalité, cette plateforme sert dans diverses situations d'apprentissages. Elle permet la diffusion des

messages, la préparation à certains cours théoriques et au stage. On y retrouve également les corrigés des exercices qui doivent être faits en devoir.

Le carnet de stage placé sur la plateforme DECclic II est structuré en deux grandes étapes d'apprentissage. Dans chaque grande étape d'apprentissage, l'élève devra analyser une situation clinique dont il avait la responsabilité durant le stage. Chacune de ces grandes étapes sont expliquées dans les deux prochaines divisions.

1.3.1 La première grande étape d'apprentissage

La première grande étape d'apprentissage vise à amener l'élève à réaliser une intégration des connaissances dans un contexte précis. Ainsi, l'analyse de la première situation pourra être faite à partir d'une situation clinique sans problème de soins rencontrée quotidiennement. L'analyse se fera à partir des connaissances déclaratives. Les objectifs pédagogiques de cette partie sont :

1. Contextualiser les connaissances
2. Intégrer les connaissances
3. Rendre les connaissances explicites en vue d'un transfert
4. Développer une méthodologie d'analyse

La première grande étape d'apprentissage se termine à la moitié du stage, c'est-à-dire après deux semaines ou à la sixième journée. L'évaluation de cette première grande étape d'apprentissage sera formative et devra être axée sur la construction du savoir, l'organisation et l'intégration des connaissances. Selon Scallon (2000) l'évaluation formative permet la régulation des apprentissages. Cela signifie que toute difficulté est immédiatement traitée soit en modifiant le contexte pédagogique, soit en apportant les correctifs appropriés. Le but de l'évaluation formative est «d'améliorer, de corriger et de réajuster le cheminement de l'élève» (Legendre, 2005, p. 643).

1.3.2 La deuxième grande étape d'apprentissage

Le travail fait dans la première grande étape d'apprentissage prépare l'élève à effectuer un transfert des apprentissages. Ce transfert lui sera fort utile lors de l'analyse de la seconde situation clinique faite dans la deuxième grande étape d'apprentissage. Cette seconde situation correspond à un contexte où l'élève a rencontré un problème de soins. Un problème de soins peut être une difficulté d'allaitement maternel, une infection chez la mère ou le nouveau-né, une hémorragie, une complication psychologique postnatale, un syndrome de détresse respiratoire chez le nouveau-né. L'analyse de la seconde situation se fera à partir du même canevas que la première afin que l'élève tire profit de la méthodologie d'analyse mise en œuvre lors de la première situation. Les objectifs de base de la deuxième grande étape sont les mêmes que ceux de la première grande étape, c'est-à-dire 1) contextualiser les connaissances, 2) intégrer les connaissances, 3) les rendre explicites en vue d'un transfert et 4) développer une méthodologie d'analyse. Cependant, des objectifs supplémentaires visant à développer le transfert sont de :

5. Schématiser la situation clinique
6. Établir des relations de similarité
7. Établir les différences entre les deux situations cliniques.
8. Concilier les différences
9. Présenter la situation clinique au groupe

La schématisation est une stratégie qui aide l'élève à organiser les connaissances en les classant, en les ordonnant et en reliant entre eux les éléments essentiels d'une situation. Par conséquent, l'élève doit distinguer les éléments essentiels des éléments accessoires dans la situation clinique. La schématisation oblige l'élève à réfléchir afin de pouvoir analyser, interpréter et généraliser. Cette stratégie pédagogique favorise l'intégration et le transfert des connaissances.

Le retour réflexif achève la deuxième grande étape d'apprentissage dans le carnet de stage. Il complète l'analyse de la seconde situation clinique. Comme la

réflexion se fait à partir d'un contexte, la seconde situation clinique, elle permet à l'élève de décontextualiser ou d'extraire les connaissances générales et, ainsi, de pouvoir les réutiliser dans d'autres situations cliniques.

Lorsque le stage sera terminé en milieu clinique, de retour au collège, l'élève devra faire une présentation du schéma devant son groupe de stage. La présentation est une activité de communication où l'élève apporte des significations aux gestes posés. Seulement la seconde situation clinique travaillée lors de la deuxième grande étape à l'aide du carnet de stage ainsi que la présentation seront évaluées de manière sommative. Il va de soi que l'élève aura toujours la possibilité de discuter avec l'enseignante superviseuse de stage des situations cliniques.

Selon nos sept étapes de production du carnet de stage adaptées de Paillé (2004), nous avons élaboré notre cadre conceptuel au chapitre deux. Dans ce chapitre-ci, nous avons élaboré nos objectifs, puis choisi et justifié notre matériel pédagogique. La quatrième étape de notre modèle adapté est l'élaboration du matériel et la mise en forme des activités pédagogiques. C'est l'étape centrale de la conception du matériel pédagogique. Elle consiste en la production. Nous allons maintenant présenter l'élaboration de notre matériel pédagogique, le carnet de stage.

2. L'ÉLABORATION DU MATÉRIEL

L'élaboration du matériel pédagogique correspond à la mise en forme des activités pédagogiques. Cette partie présente la démarche de réalisation du carnet de stage.

2.1 La production du matériel

Le matériel choisi, le carnet de stage, est un document d'accompagnement servant à encadrer les apprentissages faits au cours du stage en lien avec les

connaissances spécifiques relatives au stage en question. Il est bâti de manière à faciliter l'intégration des connaissances apprises dans les différents cours du programme de Soins infirmiers. Pour s'assurer des connaissances vues dans les cours, des rencontres avec les professeurs qui enseignent au Collège de Valleyfield la biologie, la pharmacologie, la démarche de soins et l'enseignement à la clientèle ont été faites. De plus, les sections de chaque grande étape du carnet de stage ont été élaborées à partir des éléments de la compétence «intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité.» Rappelons que cette compétence est présentée à l'annexe B. Ces éléments sont : effectuer l'évaluation, assurer une surveillance clinique, dégager et planifier les besoins et les soins, effectuer les interventions, administrer des médicaments et évaluer les résultats. L'élève devra prendre conscience de ce qui a été fait, mais surtout, de ce qui aurait dû être fait dans la situation clinique.

Dans le cadre du stage, la pratique réflexive, moment où l'élève décontextualise ses connaissances, doit porter sur l'analyse de sa pratique et la résolution de problème. Comme mentionné dans les objectifs pédagogiques du matériel, le retour réflexif se fera à partir d'une question. Cette question devra être en lien avec la situation clinique vécue par l'élève. L'objet de l'analyse de la situation doit porter sur la façon dont celle-ci a été perçue au moment de l'action. Elle doit inclure ses intentions, ses savoirs, les normes et les valeurs en jeu.

En tenant compte du but poursuivi par le matériel d'accompagnement qu'est le carnet de stage, du cadre de référence issu de la psychologie cognitive, de l'orientation de l'apprentissage au cours du stage et de la nécessité de bien arrimer la conception du carnet avec les besoins du milieu clinique, nous avons décidé de procéder en deux temps. Dans un premier temps, comme nous venons de le mentionner, nous avons fait appel à nos collègues du Collège de Valleyfield qui enseignent les cours préalables et concomitants au stage de périnatalité. Cela nous a permis d'intégrer à la périnatalité les connaissances déclaratives vues dans les cours

de pharmacologie, de démarche de soins et d'enseignement à la clientèle. Il est présentement difficile d'intégrer les connaissances vues dans le cours de biologie. Dans un deuxième temps, nous avons organisé la mise en forme concrète du carnet de stage. Le tableau 9 résume la manière dont nous avons procédé pour la production du matériel pédagogique.

Tableau 9
La production du matériel pédagogique

Contenu du carnet de stage	Objectifs poursuivis
Première étape : Intégration. Analyse d'une situation clinique sans problème de soins rencontrée quotidiennement.	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualiser les connaissances • Intégrer les connaissances • Rendre les connaissances explicites en vue d'un transfert • Développer une méthodologie d'analyse
Deuxième étape : Transfert. Analyse d'une situation clinique où l'élève a rencontré un problème de soins.	En plus des quatre objectifs de la première étape, quatre autres objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Schématiser la situation clinique • Établir des relations de similarité entre les deux situations cliniques • Établir les différences entre les deux situations cliniques. • Concilier les différences
Retour réflexif	<ul style="list-style-type: none"> • À partir d'une question, retour réflexif sur l'action et la deuxième situation clinique
Présentation orale	<ul style="list-style-type: none"> • À partir du schéma, présentation de la deuxième situation clinique

2.2 La présentation du carnet de stage

Le carnet de stage comprend une page titre, une table des matières, des objectifs et des consignes générales. Il est divisé en deux grandes étapes d'apprentissage. Afin de guider les élèves, on retrouve au début de chacune des grandes étapes d'apprentissage, les objectifs pédagogiques, les consignes ainsi que la date de remise du carnet de stage. De plus, chaque grande étape est subdivisée en sections. Les sections suivantes seront communes aux deux étapes : la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des données, les interventions, les épreuves

diagnostiques, les soins et les traitements, la pharmacologie et le plan d'enseignement à la clientèle. La première grande étape se termine par une section sur les concepts de la situation clinique. Afin d'aider l'élève à transférer ses connaissances, cette section sera modifiée dans la deuxième grande étape par une section se nommant «adaptation des différents concepts». La deuxième grande étape inclut également une section sur la schématisation de la situation clinique et le retour réflexif. Les consignes pour la présentation orale terminent le cahier de stages. Le tableau 10 présente les différentes sections du carnet de stage.

Tableau 10
Sections du carnet de stage

<ul style="list-style-type: none"> • Page titre • Table des matières • Objectifs et consignes générales 	
Première étape	Deuxième étape
<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs et consignes • Collecte des données • Analyse et interprétation des données • Interventions • Épreuves diagnostiques • Soins et traitements • Pharmacologie • Plan d'enseignement à la clientèle • Concepts de la situation clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs et consignes • Collecte des données • Analyse et interprétation des données • Interventions • Épreuves diagnostiques • Soins et traitements • Pharmacologie • Plan d'enseignement à la clientèle • Schématisation de la situation clinique • Adaptation des différents concepts • Retour réflexif
<ul style="list-style-type: none"> • Consignes pour la présentation orale • Grille d'évaluation de la deuxième étape et de la présentation orale 	

À l'exception d'un document papier distribué aux stagiaires pour la collecte des données, le carnet de stage se trouvera sur support informatique accessible sur la plateforme d'apprentissage collégiale DECclic II. Il sera déposé dans un fichier du gestionnaire d'activité. Le choix du support informatique poursuit plusieurs buts. Premièrement, comme le ou la stagiaire n'a pas accès à l'Internet dans le milieu de

stage, il ou elle devra obligatoirement faire l'analyse de sa situation clinique à l'extérieur du milieu de stage. Cela permettra également au stagiaire de réfléchir à partir des connaissances déclaratives en consultant ses livres et ses notes de cours. Deuxièmement, il pourra copier le nombre de pages dont il a besoin. Par exemple, si dans la situation clinique analysée par l'élève, il y a plus de trois épreuves diagnostiques, celui-ci pourra copier le nombre de feuilles nécessaires. Troisièmement, cette façon de faire résoudra le problème de la propreté, de la lisibilité du travail ainsi que celui du temps de remise. Indépendamment de son horaire ou de son lieu de résidence, le ou la stagiaire pourra remettre son carnet de stage à la superviseuse par Internet à la date prévue.

Pour réaliser la collecte des données de la situation clinique choisie, le ou la stagiaire doit obligatoirement la compléter en stage. Par conséquent, un document papier de deux pages 8 1/2 X 11 recto – verso attachées ensemble permettra au stagiaire d'effectuer leurs collectes de données. Une collecte des données est un «processus consistant à recueillir, organiser, valider et consigner des données au sujet de l'état de santé d'une personne.» (Kozier, Erb, Berman et Snyder, 2005, p. G-6) Ces données permettent d'évaluer la situation clinique. Elles peuvent être objectives ou subjectives. Elles sont obtenues auprès de la clientèle ou dans le dossier médical de celle-ci.

Une fois l'élaboration de notre carnet de stage complétée, nous procéderons à sa validation par des experts. C'est ce que nous verrons au prochain point.

3 LA VALIDATION DU MATÉRIEL

La validation du matériel permet de vérifier l'adéquation pédagogique du matériel avec le cadre de référence, la clarté de son contenu et de sa forme. La validation permet également d'évaluer la pertinence du matériel pédagogique produit. Cette validation du matériel a été faite par des experts.

3.1 Le choix des experts

Les experts retenus sont : un expert de la conception de l'enseignement et de l'apprentissage issue de la psychologie cognitive, un expert dans le domaine des soins infirmiers en périnatalité et un expert dans la production de matériel pédagogique. Ces trois experts sont des personnes ressources de l'Université de Sherbrooke que nous ne pouvons nommer afin de préserver leur anonymat. Le choix des experts a été fait selon leurs champs disciplinaires et notre connaissance d'eux. Un courriel pour vérifier leur intérêt face à notre recherche et leur disponibilité leur a été envoyé. Suite à une confirmation positive de leur part, un appel téléphonique pour discuter de leur rôle en tant qu'évaluateur expert a été fait.

Comme mentionné ci-haut, la validation de la production du carnet de stage comme matériel pédagogique poursuit les buts de vérifier l'adéquation pédagogique du matériel avec la cadre de référence, la clarté de son contenu et de sa forme ainsi que sa pertinence. Après que les experts ont remis leurs commentaires, nous avons procédé à la mise en forme de la version finale en tenant compte de leurs avis sur le fond et la forme.

Afin d'aider les experts à effectuer leur analyse, deux grilles d'évaluation ont été produites. Nous les présentons à la section suivante.

3.2 Les instruments de validation

Après le choix des experts, il nous est apparu approprié de produire deux grilles critériées d'évaluation comme instruments de mesure. Ces grilles sont présentées à l'annexe C. La conception de mesure critériée est celle suggérée par Louis (1999, p. 35) qui la décrit comme une approche d'élaboration d'instruments de mesure à partir d'un domaine de tâches. Les experts ont procédé à l'évaluation à partir des critères d'évaluation de trois niveaux de performance : très bon, bon et

amélioration souhaitée. Pour nous aider à progresser et à améliorer notre matériel, ils pouvaient apporter leurs commentaires pour chacun des critères. Il se peut que certains aspects importants pour l'amélioration de notre carnet de stage n'aient pas été mentionnés dans les grilles d'évaluation. Afin de pallier cette éventuelle lacune, un espace pour une évaluation libre est laissé sur les deux grilles d'évaluation.

La première grille porte sur l'évaluation globale du carnet de stage. Cette grille permet d'évaluer le carnet de stage dans son ensemble, c'est-à-dire que c'est le produit comme un tout qui est évalué. Toutefois, chacun des critères est défini afin de permettre aux experts de les considérer distinctement. Cette grille est inspirée d'une rubrique globale ou holistique décrite par Tardif (2006) utilisée pour l'évaluation d'un portfolio d'un cours universitaire. Pour Tardif (*Ibid.*), une rubrique correspond à des critères qui distinguent des niveaux de performance de manière qualitative en recourant à des éléments. Il ajoute que le terme échelle descriptive pourrait être synonyme.

Notre première grille d'évaluation globale du carnet de stage comprend cinq critères: la pertinence, l'étendue, l'exactitude, la cohérence et la présentation du matériel. Ces critères explicitent les éléments à considérer dans la démarche de validation du matériel pédagogique. Le premier critère, la pertinence, vérifie si les différentes composantes du carnet de stage permettent l'intégration des connaissances disciplinaires. Il s'agit de connaissances de la périnatalité, la pharmacologie, la démarche de soins et l'enseignement à la clientèle. Nous avons demandé à l'expert dans le domaine des soins infirmiers en périnatalité de porter une attention particulière à ce critère et de développer plus en profondeur ses commentaires. Le deuxième critère, l'étendue, examine si le carnet de stage touche tous les aspects des objectifs. Rappelons que nos objectifs sont de contextualiser les connaissances, d'intégrer les connaissances, de rendre les connaissances explicites en vue d'un transfert, de développer une méthodologie d'analyse, de schématiser la deuxième situation clinique, d'établir des relations de similarité entre les deux situations

cliniques, d'établir les différences entre les deux situations cliniques et de concilier les différences. Le troisième critère, l'exactitude, évalue si les consignes et les termes sont utilisés clairement et correctement. Le quatrième critère, la cohérence, vérifie si les éléments du carnet de stage sont reliés entre eux de manière logique et structurée. Finalement, le cinquième critère, la présentation matérielle, permet de juger l'aspect visuel du carnet et son organisation concrète. En plus du niveau de performance, les experts doivent émettre leurs commentaires et suggérer des améliorations à apporter. Le tableau 11 donne la description de chacun des cinq critères de la première grille d'évaluation, tel que présentée aux experts.

Tableau 11
Description des critères de la première grille d'évaluation : L'évaluation globale du carnet de stage

Critères	Description de chacune des dimensions
Pertinence	Les composantes du carnet de stage permettent l'intégration des connaissances disciplinaires : périnatalité, pharmacologie, démarche de soins et enseignement à la clientèle
Étendue	Le carnet de stage touche tous les aspects des objectifs : contextualiser les connaissances, intégrer les connaissances, rendre les connaissances explicites, développer une méthodologie d'analyse, schématiser une situation clinique, établir les relations de similarité et les différences entre les deux situations cliniques, concilier ces différences.
Exactitude	Les consignes et les termes sont utilisés clairement et correctement.
Cohérence	Les éléments du carnet de stage sont reliés entre eux de manière logique et structurée.
Présentation matérielle	L'aspect visuel du carnet de stage et son organisation concrète sont clairs.

La deuxième grille d'évaluation, évaluation de l'approche du transfert des connaissances dans le carnet de stage, veut vérifier la dynamique du transfert. En d'autres mots : notre matériel pédagogique permet-il le transfert des connaissances?

Cette grille est construite à partir des dispositifs favorisant le transfert, contextualisation – décontextualisation – recontextualisation, et des sept processus de la dynamique du transfert de Tardif (1999). Nous avons adapté les processus de la dynamique du transfert à nos besoins d'évaluation. Comme le modèle de la dynamique du transfert de Tardif découle de la psychologie cognitive, nous avons demandé à notre expert de la conception de l'enseignement et de l'apprentissage issue de la psychologie cognitive d'apprécier et d'élaborer ses commentaires de manière plus spécifique à partir de cette grille. Le tableau 12 présente les critères de la deuxième grille tels que présentés aux experts.

Tableau 12
Critères de la deuxième grille d'évaluation : Évaluation de l'approche du transfert des connaissances dans le carnet de stage

Contextualiser	Donner un sens aux connaissances
	Organiser les connaissances
	Créer des liens entre les connaissances
Décontextualiser	Généraliser (identifier les connaissances essentielles)
	Discriminer (distinguer les connaissances essentielles)
Recontextualiser	Extraire de nouvelles connaissances

La présentation des instruments de validation de notre matériel pédagogique termine le troisième chapitre sur la méthodologie. L'évaluation de notre carnet de stage par les experts complète notre cinquième étape de production du carnet de stage, la validation du matériel. Lorsque la validation du matériel a été achevée, nous avons examiné l'appréciation des experts, leurs commentaires et leurs suggestions afin d'améliorer notre carnet de stage. Les données recueillies ont été compilées pour être décrites au quatrième chapitre. Cette étape a permis de tenir compte de la validation du matériel pour produire la version finale qui est présentée au quatrième chapitre.

QUATRIÈME CHAPITRE

LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de notre recherche. Dans un premier temps, nous exposons les résultats de la validation par les experts. Dans un deuxième temps, le document papier servant à la collecte des données et le carnet de stage déposé sur la plateforme DECclic II dans leur forme améliorée à la suite de la validation sont présentés. Dans un troisième temps, nous faisons la discussion des résultats incluant les recommandations, le retour au problème et à la question générale de recherche. La discussion des résultats correspond à la septième et dernière étape de la production de matériel pédagogique de Paillé (2004). Pour cet auteur, cette étape est l'apport le plus durable de la recherche puisque c'est à ce moment là que nous présentons une pensée méthodologique, en plus du produit final.

1. LES RÉSULTATS DE LA VALIDATION PAR LES EXPERTS

La validation du document de collecte des données et de notre carnet de stage a été faite par trois experts de l'Université de Sherbrooke : un expert de la conception de l'enseignement et de l'apprentissage issue de la psychologie cognitive, un expert dans la production de matériel pédagogique connaissant le modèle du transfert des apprentissages de Tardif (1999) et un expert dans le domaine des soins infirmiers en périnatalité. Rappelons que la validation de la production du carnet de stage poursuivait les buts de vérifier l'adéquation pédagogique du matériel avec le cadre de référence, la clarté de son contenu et de sa forme ainsi que sa pertinence. Deux grilles d'évaluation avaient été envoyées à chacun des experts comme instruments de collecte de données. La première grille portait sur l'évaluation globale du carnet de stage et la deuxième grille, sur l'évaluation du transfert des connaissances dans le carnet de stage.

Notre expert de la conception de l'enseignement et de l'apprentissage issue de la psychologie cognitive et notre expert dans la production de matériel pédagogique ont validé le matériel à partir des deux grilles d'évaluation. De plus, ils ont fait quelques annotations directement sur le carnet de stage. Notre expert dans le domaine des soins infirmiers en périnatalité a préféré procéder différemment. Il a principalement évalué le carnet de stage relativement au contenu en périnatalité plutôt que dans sa capacité à atteindre l'objectif d'intégration et de transfert des apprentissages. C'est pourquoi il n'a pas complété la deuxième grille d'évaluation concernant le transfert des connaissances. Toutefois, il a émis un commentaire pour les cinq points de la grille d'évaluation globale du carnet de stage, sans faire d'appréciation. Étant donné que les résultats de la validation ne sont pas de même niveau, ni présentés de la même façon par les experts, nous exposons les résultats en deux temps. D'abord, nous présentons sous forme de tableau les deux grilles d'évaluation rassemblant les commentaires des experts. Le premier tableau comprend l'évaluation des trois experts alors que le second, seulement celle des experts de la psychologie cognitive. Ensuite, un tableau regroupe les commentaires sur le contenu disciplinaire de soins infirmiers en périnatalité provenant de l'expert de ce domaine.

1.1 L'évaluation en rapport avec la psychologie cognitive

Pour la présentation de l'évaluation en rapport avec la psychologie cognitive, nous avons repris le canevas original envoyé aux experts et nous avons enlevé leurs appréciations. Pour différencier l'évaluation de chacun des experts, les commentaires du deuxième expert sont dans un ton de gris différent du premier et du troisième.

1.1.1 L'évaluation globale du carnet de stage

Le tableau 13 présente les améliorations à faire et les commentaires tels que libellés par les trois experts sur l'évaluation globale du carnet de stage comme matériel pédagogique favorisant l'intégration et le transfert des connaissances lors

d'un stage clinique en soins infirmiers dans le domaine de la périnatalité de niveau collégial.

Tableau 13

Les améliorations à faire et les commentaires des experts sur l'évaluation globale du carnet de stage	
Critères	
Pertinence Les composantes du carnet de stage permettent l'intégration des connaissances disciplinaires : périnatalité, biologie, pharmacologie, démarche de soins et enseignement à la clientèle	Commentaire/Améliorations à faire Si le sens du terme « intégrer » fait référence au système interne d'acquis de chacun des élèves et à sa capacité à modifier et à structurer des nouveaux acquis, je dirais que les outils liés à l'analyse des données, à la planification d'interventions de soins font tous appel aux connaissances acquises. Les outils servant à mettre en évidence les concepts disciplinaires, à les schématiser et à les « décontextualiser » peuvent favoriser un recul réflexif des élèves sur l'étendue, l'ampleur et la solidité de ce système. Seul l'outil « retour réflexif » ne fait pas explicitement appel aux connaissances acquises. D'où le jugement « bon ». Dans le carnet de stage on retrouve dans les deux parties les références que les étudiants doivent faire des connaissances déclaratives et procédurales dans les domaines impliqués dans le stage en périnatalité. Les consignes sont explicites. Je ne suis pas certain que de séparer les connaissances disciplinaires en permet l'intégration
	Le carnet traite effectivement chacun de ces aspects Tous les objectifs ont été soigneusement repris dans les deux activités. À la page 16, je proposerais d'ajouter un objectif de transfert des connaissances puisqu'il en est question au bilan de la dernière page à la fin du stage. J'ai suggéré une formulation dans le document : Identifier des lieux de transférabilité de vos connaissances. La schématisation est une activité intégratrice qui permet de prendre conscience du degré de maîtrise des connaissances et en même temps qui facilite l'analyse et la comparaison. Je souligne ici la puissance cognitive de cet exercice et sa pertinence dans le présent carnet de stage. Je vois plus difficilement le lien entre les connaissances théoriques et les applications cliniques de ces connaissances dans l'élaboration actuelle du carnet.
Étendue Le carnet de stage touche tous les aspects des objectifs : Contextualiser les connaissances, intégrer les connaissances, rendre les connaissances explicites, développer une méthodologie d'analyse, schématiser une situation clinique, établir les relations de similarité et les différences entre les deux situations cliniques, concilier ces différences.	Exactitude Voir commentaire dans ton carnet concernant les verbes d'action utilisés pour énoncer les objectifs pédagogiques et les consignes. Toutefois, la clarté et la
	Les consignes et les termes sont

utilisés clairement et correctement	<p>précision de ton propos est remarquable.</p> <p>Il y aurait lieu d'uniformiser l'emploi de l'infinitif ou de l'impératif présent dans les listes de consignes.</p> <p>Tel que mentionné précédemment, je ne suis pas certain que les étudiantes comprendront bien le langage relatif au domaine de la pédagogie.</p> <p>C'est une des forces du carnet. Toutefois, en raison du niveau élevé de structuration ou d'explicitation des tâches propres à chacune des étapes de la démarche, je pense que le carnet permet de superviser l'application de procédures et d'outils associés à la résolution d'un problème de soins infirmiers davantage que la mise en œuvre de ces connaissances à résolution d'une situation clinique plus ou moins bien définie. Ce qui est normal pour une troisième ou une quatrième session où il importe que les composantes de la compétence à développer soient systématisées (ou intégrées) avant d'être appliquées (ou transférées) dans la résolution de situations authentiques.</p> <p>La cohérence est une des forces du présent carnet de stage. Les mêmes termes et les mêmes consignes prévalent dans les deux parties du document, ce qui en facilitera son utilisation par les étudiants.</p> <p>Bonne</p>
<p>Présentation matérielle</p> <p>Comment jugez-vous l'aspect visuel du carnet de stage? Son organisation concrète?</p>	<p>Très satisfaisant. Les différents outils pourraient aussi être construits à l'aide de la fonction « formulaire » avec des champs de texte.</p> <p>Suggestions :</p> <p>Aligner les pages dans la table des matières. C'est plus facile si vous insérez un tableau à 2 colonnes et autant de lignes que de sujets, bordures non apparentes, alignement des nombres à droite.</p> <p>Page titre : « élève » est un terme qui correspond davantage aux enfants du primaire. Étudiant (e) conviendrait davantage à mon avis.</p> <p>p 3-4 élargir le cadre jusqu'à la marge de droite comme dans les pages qui suivent.</p> <p>À la page 4, dans la liste des consignes, il faudrait uniformiser le temps des verbes; choisir soit l'infinitif, soit l'impératif.</p>

À propos du critère pertinence, les experts notent que le carnet de stage permet aux élèves d'intégrer les connaissances déclaratives du domaine infirmiers en périnatalité. Seul le retour réflexif ne fait pas explicitement appel à ces connaissances.

À l'exception de notre expert du domaine des soins infirmiers qui voit difficilement le lien entre les connaissances théoriques et les applications cliniques de celles-ci, tous les objectifs du carnet de stage répondent très bien au critère étendu selon les deux experts de la psychologie cognitive.

Les experts considèrent que les consignes sont claires et précises. Néanmoins, il y a lieu d'uniformiser l'emploi de l'infinitif ou de l'impératif dans les consignes. L'expert dans le domaine des soins infirmiers s'interroge à savoir si les élèves comprendront le langage pédagogique.

La cohérence entre les divers éléments du carnet de stage est une des forces de celui-ci selon les experts. Toutefois, un expert du domaine de la psychologie cognitive souligne qu'en raison du niveau élevé de structuration, le carnet de stage permet de superviser l'application de procédures associées à la résolution d'un problème en soins infirmiers plutôt que la mise en oeuvre des connaissances de ce domaine dans une situation clinique plus ou moins bien définie.

La présentation matérielle est considérée comme étant très bonne. Quelques suggestions pour l'améliorer sont faites.

1.1.2 L'évaluation de l'approche du transfert des connaissances dans le carnet de stage

Le tableau 14 présente les résultats en lien avec l'évaluation de l'approche du transfert des connaissances selon la dynamique du transfert de Tardif (1999). En d'autres mots : notre carnet de stage permet-il aux stagiaires en soins infirmiers en périnatalité de faire un transfert des connaissances? L'expert du domaine des soins

infirmiers n'ayant pas répondu à cette partie de l'évaluation, nous distinguons les commentaires des experts de la psychologie cognitive : l'un est en caractères normaux et l'autre est en gras.

Tableau 14
L'évaluation de l'approche du transfert des connaissances dans le carnet de stage

		Commentaires / Améliorations à faire
Contextualiser	Donner un sens aux connaissances	<ul style="list-style-type: none"> Les outils proposés font effectivement référence à chacune de ces trois étapes.
	Organiser les connaissances	<ul style="list-style-type: none"> La distinction entre ces deux actions ne m'est pas apparue évidente tant au niveau des outils qu'au niveau du chapitre présentant le cadre de référence. Pour moi, il s'agit d'expression désignant les mêmes processus cognitifs.
	Créer des liens entre les connaissances	<ul style="list-style-type: none"> La schématisation, les tableaux comparatifs, le rappel à consulter les livres de base, la transdisciplinarité sont autant de facilitateurs dans la contextualisation des connaissances.
Décontextualiser	Généraliser (identifier les connaissances essentielles)	<ul style="list-style-type: none"> Partie forte du travail.
	Discriminer (distinguer les connaissances essentielles)	<ul style="list-style-type: none"> Dans le carnet de stage, il n'est pas fait mention de la décontextualisation des connaissances. Pourtant elle a lieu. Je suggérerais d'ajouter dans les objectifs et de préciser entre parenthèses dans le carnet de stage quand a lieu la décontextualisation des connaissances afin de faciliter la métacognition.
Recontextualiser	Extraire de nouvelles connaissances	<ul style="list-style-type: none"> Si « recontextualiser » est en lien avec la tâche réflexive, alors il serait peut-être utile de vérifier si mes commentaires sont pertinents. La recontextualisation pourrait être présentée comme l'endroit où s'opère le transfert des connaissances. Pour ce faire, il est important que l'étudiant puisse identifier des lieux de transférabilité de ses connaissances. Cet exercice est proposé à la fin de la 2^e étape, peut-être serait-il possible de l'inclure également à la fin de la 1^{re} étape étant donné l'évaluation formative, les étudiants se sentiraient plus à l'aise avec ce concept lorsque l'évaluation sommative arrivera.

Selon les deux experts de la psychologie cognitive, le carnet de stage permet la contextualisation des apprentissages. Il donne un sens aux connaissances, les organise et crée des liens entre elles. Un expert déclare que, d'après lui, organiser et faire des liens sont un même processus cognitif.

Notre expert de la conception de l'apprentissage issue de la psychologie cognitive trouve que la décontextualisation est la partie forte du travail. Par contre, notre expert dans la production de matériel pédagogique mentionne qu'il n'y a pas d'objectifs précis qui y font référence, même si, à son avis, la décontextualisation a lieu.

La recontextualisation est le point que les deux experts ont eu de la difficulté à identifier dans le carnet de stage. Ils supposent que cette activité est proposée à la fin de la deuxième grande étape, lors du retour réflexif.

1.2 L'évaluation en rapport avec le contenu en périnatalité

Dans la lettre d'introduction envoyée par courriel à notre expert du domaine des soins infirmiers en périnatalité, nous lui avons spécifié que son apport particulier à la validation du carnet de stage se situait au niveau de la pertinence du carnet de stage, soit l'intégration des connaissances disciplinaires, c'est-à-dire les soins infirmiers en périnatalité, la biologie, la pharmacologie, la démarche de soins et l'enseignement à la clientèle. Nous trouvons important de vérifier si le contenu disciplinaire du matériel correspond bien aux besoins des milieux cliniques dans lesquels vont nos stagiaires. Il ne s'agit pas seulement d'intégration et de transfert des connaissances, mais de ce processus en situation particulière, soit les soins infirmiers dans le domaine de la périnatalité. En bref, cet expert a vérifié l'adéquation disciplinaire du carnet de stage. Pour présenter les résultats de son évaluation au tableau 15, nous avons regroupé les données sous trois rubriques: les consignes, la collecte des données et les autres sections du carnet de stage. La première rubrique

porte sur les consignes. Il s'agit de tous les commentaires en lien avec les informations données aux stagiaires. La deuxième rubrique a trait à la collecte des données regroupent tous les commentaires en lien avec le document de collecte des données remis aux stagiaires. La troisième rubrique porte sur les autres sections. Il s'agit de commentaires en lien avec les sections suivantes du carnet de stage : la page couverture, l'analyse et l'interprétation des données, le plan de soins, les épreuves diagnostiques, les soins et les traitements, la pharmacologie, le plan d'enseignement à la clientèle, les concepts de la situation clinique, la schématisation de la situation clinique, l'adaptation des différents concepts et le retour réflexif.

Tableau 15
L'évaluation du carnet de stage relativement au contenu en périnatalité

Les consignes	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les stagiaires comprendront le vocabulaire pédagogique dans le cadre d'un stage: transférer, contextualiser, intégrer, rendre les connaissances explicites. • Reformuler la consigne 3 de la première étape. • Consigne 4 de la première étape : remplacer point d'enseignement par thème d'enseignement.
La collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> • En général, il semble manquer d'espace pour répondre. • Réorganiser les sections et les sous-sections. Voici les sections suggérées: mère, nouveau-né, allaitement maternel. Enlever la section enseignement. • J'aurais tendance à préciser tous les paramètres d'évaluation, par exemple : pour les lochies préciser la quantité, la couleur et l'odeur. • Inscrire le contexte familial et social. • Préciser le statut marital de la mère au lieu du type de famille et ajouter présence et soutien du conjoint. • Que signifie fratrie? • Établissement du lien parents-enfant : observation de la qualité de la sensibilité maternelle dans les 5 composantes de la relation parents-enfant. • État émotif : ajouter «joyeuse», et «excessivement joyeuse» pour rendre compte du phénomène de <i>baby pink</i>. • Tous les renseignements concernant l'allaitement maternel font l'objet d'une section à part puisqu'il s'agit de la mère et de l'enfant. J'ajouterais les paramètres d'évaluation suivants : si pas d'allaitement, renseignements pertinents au boire au

	biberon; au lieu de chirurgie mammaire : obstacles à l'allaitement; décrire l'observation de l'allaitement. <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la médication dans les sections
Les autres sections	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une image incluant un père sur la page titre • Enlever les paramètres anormaux • Aux types d'interventions proposées, j'ajouterais : accompagner, encourager, écouter, valoriser, soutenir, ... • Dans une perspective d'intégration et de transfert je comprends mal d'avoir isolé des sections pour les épreuves diagnostiques et les médicaments. • Soins et traitements, ajouter les exemples suivants : favoriser le repos, favoriser l'implication du père dans les soins à l'enfant, soutenir l'allaitement maternel. • Il y a trop de place à l'enseignement à la clientèle. C'est donner à l'enseignement une place prioritaire dans les soins infirmiers, ce qui me rend un peu triste ... puisque les mères, les pères et leur enfant ont bien plus besoin d'accompagnement, de soutien à l'établissement de leur relation, de soutien à la mise en route de l'allaitement de même que de soins physiques que d'enseignement. • Pourquoi y a-t-il une schématisation de la situation clinique à l'étape 2 et pas à la première étape? • Adaptation des différents concepts : je ne comprends pas ce qui est attendu de la stagiaire. • Retour réflexif : est-ce que cette réflexion s'applique à la deuxième situation seulement? Si oui, pourquoi?

L'expert en soins infirmiers dans le domaine de la périnatalité se demande si les stagiaires comprendront le vocabulaire pédagogique. Il souligne d'ailleurs deux consignes à reformuler.

Ses principaux commentaires portent sur la collecte des données. Il trouve que le document papier ne contient pas assez d'espace pour pouvoir écrire, que certains paramètres d'évaluation manquent de précision et il suggère une réorganisation des sections et sous-sections.

À propos des autres sections, il voudrait avoir une image incluant un père sur la page titre. Il donne des exemples d'interventions infirmières à rajouter. Il trouve

qu'il y a trop de place accordée à l'enseignement à la clientèle. Finalement, il s'interroge par rapport aux trois points suivant : 1) pourquoi avoir isolé des sections pour les épreuves diagnostiques et les médicaments; 2) pourquoi la schématisation se retrouve seulement à la fin de la deuxième grande étape d'apprentissage; 3) est-ce que le retour réflexif s'applique seulement à la deuxième situation.

1.3 Les améliorations apportées au carnet de stage

Nous résumons ici les améliorations apportées au carnet de stage à la suite des commentaires recueillis. Nous avons regroupé les améliorations faites à partir des deux grilles d'évaluation. Puis, nous avons rassemblé celles effectuées à partir des commentaires relativement au contenu en périnatalité.

Voici les améliorations apportées selon les commentaires des experts en rapport avec les deux grilles d'évaluation. Premièrement, le temps des verbes dans les consignes a été uniformisé. Deuxièmement, nous avons modifié la présentation du matériel selon les suggestions faites, à l'exception de celle concernant le terme élève puisque c'est le terme approprié pour l'ordre d'enseignement collégial. Troisièmement, nous avons modifié nos questions guidant le retour réflexif en faisant référence de manière explicite aux cadres conceptuels du domaine des soins infirmiers : la démarche de soins et les concepts disciplinaires. Nous avons porté une attention particulière à ce dernier point afin de clarifier plus précisément le moment où les élèves recontextualisent.

Voici maintenant les améliorations apportées au contenu relatif à la périnatalité. Premièrement, le document qui sert de support à la collecte des données a été réorganisé et certains paramètres ont été précisés. Deuxièmement, nous avons changé l'image de la page titre. Troisièmement, nous avons enrichi les exemples au niveau des interventions en rajoutant ceux suggérés.

Nous venons de voir la présentation des résultats de la validation par les experts incluant le résumé des améliorations. Nous présentons maintenant la version validée du document de collecte des données et du carnet de stage.

2. LA VERSION VALIDÉE DU CARNET DE STAGE

Le carnet de stage est présenté sous sa forme authentique et, par conséquent, il ne suit pas les normes du *Guide de rédaction et de présentation des essais, des mémoires et des thèses*. (Université de Sherbrooke, 2005) De plus, comme le document servant à la collecte des données va être remis aux stagiaires sur support papier pour qu'ils ou qu'elles puissent la compléter en stage, et que le carnet de stage va être un document sous support informatique accessible via la plateforme collégiale DECclic II, nous les présentons séparément, l'un à la suite de l'autre. Il est à noter cependant que le document sur la collecte des données avait été inséré à l'intérieur du carnet de stage pour la validation par les trois experts.

Aux pages suivantes, nous présentons le document qui sert à la collecte des données modifié selon les recommandations de notre expert en soins infirmiers en périnatalité. Par la suite, nous présentons le carnet de stage modifié selon les commentaires et les suggestions des trois experts. La discussion des résultats suivra la version validée de la collecte des données et du carnet de stage.

SOINS INFIRMIERS EN PÉRINATALITÉ

COLLECTE DES DONNÉES



Préparé par :
Caroline Lamond

Nom de l'élève: _____

Nom du professeur : _____

COLLECTE DES DONNÉES
MÈRE
Grossesse, travail et accouchement

G ____ P ____ A ____ T ____ Âge de la mère : ____ ans allergie : ____

Particularités: _____

Accouchement vaginal ☐ césarienne ☐ le ____ à ____

Temps du travail : 1^{er} stade : _____

2^e stade : _____

3^e stade : _____

Durée totale : _____

Date et heure de la rupture des membranes : _____

Nombre d'heures rupturé : _____ Apparence du liquide : _____

Interventions obstétricales :

Induction ☐ Amniotomie ☐ Épidural ☐ Forceps ☐ Ventouse ☐

Réparation du périnée : épisiotomie ☐ / déchirure du périnée ☐ Degré _____

Médication : _____

Épreuves diagnostiques

Groupe et Rh : _____

Strep B : _____

Rubéole : _____

	Avant l'accouchement	Après l'accouchement
FSC ► GB		
Hb		
Ht		
Plaquettes		

Autres : _____

**COLLECTE DES DONNÉES
MÈRE**

Période postnatale 0 à 72h00

TA : _____ Pouls : _____ /min. R. : _____ / min. T : _____ °C buccal

Fond utérin : _____

Lochies : qté _____ couleur _____ odeur : oui ☐ non ☐

Tranchées : oui ☐ non ☐ Si oui, combien _____ / 10

Autre douleur : _____

Plaie ► Périnéale : _____

Césarienne : _____

Élimination ► Urinaire : _____

Intestinale : _____

Médication : _____

Présence du père : oui ☐ non ☐ **Soutien du père** : oui ☐ non ☐

Âge des frères ou sœurs : _____

Réseau de soutien des parents (grands-parents, ami(e), ...) : _____

Services intégrés en périnatalité ►

OLO ☐ Référence au CLSC ☐ Groupe d'entraide allaitement ☐

Marques de l'attachement parental (parle, prend, change la couche du bébé, ...)

État émotif (joyeuse, fatigue, pleurs, anxiété, se sent dépassée par les événements, ...)

COLLECTE DES DONNÉES

NOUVEAU-NÉ

Âge gestationnel selon écho : _____ selon DDM : _____
APGAR : 1 min. _____ 5 min. _____ 10 min. _____
pH fœtal : _____ Groupe et Rh : _____
Poids ► Naissance : _____ g Congé : _____ g perte de poids : _____ %
Taille : _____ cm Périmètre crânien : _____ cm
Problème(s) lié(s) à la naissance : _____
Médication : Vitamine K ☐ ilotycin ☐

Examen physique

Pouls : _____ min. T. : _____ °C axillaire ☐ ou rectale ☐
Respiration ► fréq. : _____ min. périodique : _____
Batt. des ailes du nez ☐ plaintes ☐ tirage : _____
Sécrétion ► nasale oui ☐ non ☐ buccale oui ☐ non ☐
Nauséux ► oui ☐ non ☐
Régurgite ► oui ☐ non ☐ Aspect : _____
Peau ► coloration : _____ DJ / TCB : _____ Bilirubine : _____
Cordon ombilical ► Sec oui ☐ non ☐
Écoulement oui ☐ non ☐ _____
Génitaux urinaire ► Nombre de mictions par 24h00 : _____
Cristaux d'urates oui ☐ non ☐ Pseudo menstruation oui ☐ non ☐
Gastro intestinal ► Nombre de selles par 24h00: _____
Coloration : _____
Autres particularités physiques: _____
Comportement du nouveau-né (éveil, pleurs, sommeil, tonus, réflexes, ...) : _____

COLLECTE DES DONNÉES

ALLAITEMENT MATERNEL

Allaitement maternel ► exclusif ☐ mixte ☐

Obstacles à l'allaitement (ex. diminution mammaire) ► _____

A déjà allaité ► oui ☐ non ☐ combien de temps _____

Nombre de boires par 24h00 : _____

Position de la dyade : _____

Positions utilisées ► madone ☐ madone inversée ☐ football ☐ couchée ☐

Prise du sein ► Mère : _____

Bébé : _____

Succion ► _____

Aspects des mamelons/ seins : _____

Confiance dans sa capacité à allaiter ► oui ☐ non ☐

Si alimentation au biberon

Fréquence / nombre de boire par 24h00 : _____

Quantité de ml par boire ► 1^{er} 24h00 de vie : _____

2^e 24h00 de vie : _____

Succion ► bonne ☐ molle ☐ faible ☐

Rots ► milieu du boire : oui ☐ non ☐ Fin du boire : oui ☐ non ☐

SOINS INFIRMIERS EN PÉRINATALITÉ

CARNET DE STAGE



**Préparé par :
Caroline Lamond**

Nom de l'élève: _____

Nom du professeur : _____

Tables des matières

INFORMATIONS GÉNÉRALES	3
PREMIÈRE ÉTAPE – CONSIGNES	4
L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES	5
LE PLAN DE SOINS	6
LES ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES	7
LES SOINS ET LES TRAITEMENTS	8
LA PHARMACOLOGIE	9
LE PLAN D'ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	10
LES CONCEPTS DE LA SITUATION CLINIQUE	11
DEUXIÈME ÉTAPE – CONSIGNES	12
L'ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	13
LE PLAN DE SOINS	14
LES ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES	15
LES SOINS ET LES TRAITEMENTS	16
LA PHARMACOLOGIE	17
LE PLAN D'ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	18
LA SCHÉMATISATION DE LA SITUATION CLINIQUE	19
LES ADAPTATIONS DES DIFFÉRENTS CONCEPTS	21
LE RETOUR RÉFLEXIF	22

INFORMATIONS GÉNÉRALES

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Votre carnet de stage a pour premier objectif de vous aider à intégrer les différentes connaissances apprises jusqu'à maintenant dans votre formation en soins infirmiers. Nous parlons des connaissances en lien avec la périnatalité ainsi que de celles en lien avec la démarche de soins, la biologie, la pharmacothérapie et l'enseignement à la clientèle.
- Le deuxième objectif est de vous aider à transférer les connaissances que vous avez apprises en classe en vue de les utiliser en stage.
- Le troisième objectif est de vous aider à réfléchir sur votre propre pratique à partir d'une situation clinique que vous avez vécue. Cette réflexion après l'action vous permettra d'approfondir votre action et, éventuellement, vous aidera à transférer vos connaissances dans les situations cliniques que vous allez rencontrer dans votre pratique professionnelle.

CONSIGNES

- Votre carnet de stage est divisé en deux étapes. La première étape correspond à la première moitié du stage et la deuxième étape correspond à la deuxième moitié du stage. Les consignes spécifiques et les échéances seront expliquées dans les consignes de chacune de ces étapes.
- À l'exception des deux collectes de données qui seront à compléter en stage, le carnet devra être rempli à l'extérieur du milieu de stage afin de vous permettre de réfléchir et de consulter vos livres.
- À l'exception des deux collectes de données et de la représentation schématique (deuxième étape), vous devez remettre chacune des étapes au traitement de texte que vous pourrez déposer sur la plateforme électronique DECclic II.
- Pour l'analyse des épreuves diagnostiques, des soins et traitements, la pharmacologie et l'enseignement à la clientèle, vous devez les reproduire (copier/coller) si vous avez besoin de plus d'une page.
- L'évaluation de la première étape sera formative. Celle de la deuxième étape sera sommative. Cette évaluation représente 25% de votre note finale en périnatalité.
- **Ce carnet est un outil structuré d'accompagnement de votre apprentissage.**

PREMIÈRE ÉTAPE

Première situation clinique (p. 4 à 11)

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Développer une méthodologie d'analyse
- Contextualiser et décontextualiser les connaissances
- Intégrer les connaissances
- Rendre les connaissances explicites⁷

CONSIGNES

1. À partir de la démarche de soins, vous devez évaluer, analyser, interpréter et décrire les interventions d'une situation clinique dont vous avez eu la responsabilité au cours des deux premières semaines de stage.
2. L'évaluation se fait à l'aide de la collecte des données. Pour analyser et interpréter ces données, vous trouverez les instructions à la page 5. Concernant les interventions du plan de soins (p. 6), vous devez inscrire ce qui a été fait et ce qui aurait dû être fait.
3. Afin de vous aider à intégrer la théorie, vous devez expliquer les épreuves diagnostiques, les soins et/ou les traitements ainsi que la pharmacothérapie (p. 7 à 9). Vous devez expliquer tous les éléments applicables à votre situation clinique. Pas seulement ceux que vous avez faits.
4. Vous devez décrire sommairement un thème d'enseignement (p. 10) que vous avez fait dans la situation clinique choisie. Vous devez vous référer à votre cours Enseignement à la clientèle.
5. Afin de rendre les connaissances explicites (p. 11), vous devez faire ressortir les concepts nécessaires pour évaluer, analyser et interpréter cette situation clinique.

DATE DE REMISE

- Le vendredi matin de la deuxième semaine de stage.
- Une évaluation formative individuelle sera faite au début de la semaine suivante.

⁷ Connaissance qui est suffisamment claire que vous pouvez l'expliquer à quelqu'un d'autre en vos propres mots et en utilisant le vocabulaire approprié au domaine.



L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES

(Identification des problèmes)

1. Comparer les données recueillies dans votre collecte de données aux normes établies. Par exemple : normalité fond utérin 12h00 post-accouchement ► 0/0 ferme centré.
2. Faire ressortir les données problématiques ou à risques de causer un problème infirmier ou un problème de collaboration. Par exemple : FU 2/0 dévié à gauche.
3. Regrouper ou chercher des relations entre ces données. Par exemple : bébé difficile à réveiller, dort durant l'allaitement maternel, coloration de la peau jaunâtre, DJ 22 à 18h00 de vie.

Données problématiques ou potentiellement à risque

Relations entre les données problématiques ou potentiellement à risque

LE PLAN DE SOINS

Diagnostic infirmier ou Problème de collaboration :
--

OBJECTIFS	INTERVENTIONS	ÉVALUATION
	(Surveiller, évaluer, enseigner, administrer, effectuer, superviser, accompagner, encourager, écouter, valoriser, soutenir, ...)	
		L'objectif est-il atteint? OUI NON Explication

LES ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES

Pourquoi le médecin a-t-il prescrit l'épreuve diagnostique suivante :	Comment expliquez-vous le résultat : normal, augmenté ou diminué	Faites un lien avec l'état de santé ou le diagnostic médical	Interventions infirmières en lien :
Ép. Dx : Type : Parce que :	Résultat : Explication :		
Ép. Dx : Type : Parce que :	Résultat : Explication :		
Ép. Dx : Type : Parce que :	Résultat : Explication :		

Type : biochimie, hématologie, banque de sang, microbiologie, radiologie, ...

LES SOINS ET LES TRAITEMENTS

Pourquoi faites-vous le soin ou pourquoi le traitement est-il prescrit?	Est-ce que le soin ou le traitement donne les résultats souhaités?	Faites un lien avec la biologie, la pharmacothérapie et/ou les épreuves diagnostiques
Soin ou traitement : Parce que :	Oui Non Explications :	
Soin ou traitement : Parce que :	Oui Non Explications :	
Soin ou traitement : Parce que :	Oui Non Explications :	

Exemples : soins d'hygiène au périnée, bain de siège, glace, massage utérin, soulagement de la douleur non pharmacologique, thermorégulation, photothérapie, soins du cordon, aspirer les sécrétions, favoriser le repos, favoriser l'implication du père dans les soins, soutenir l'allaitement maternel ...

LA PHARMACOLOGIE

Médicament et classe	Pourquoi administrez-vous ce médicament?	L'effet recherché est-il atteint?	Quels sont les effets secondaires à surveiller?	Soins infirmiers en lien

LE PLAN D'ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE**Thème :****Objectif général :**

Objectifs spécifiques (à partir de la taxonomie de Bloom)	Contenu	Stratégies pédagogiques Moyens pédagogiques	Évaluation

LES CONCEPTS DE LA SITUATION CLINIQUE

- Pour évaluer, analyser et interpréter votre situation clinique, vous avez utilisé des connaissances théoriques. Faites ressortir les concepts (soins infirmiers, pharmacologie, biologie, enseignement à la clientèle) en lien avec la situation.

Évaluation et analyse	Interventions
Biologique (physiologie, pathologie, examen clinique, moyen d'investigation)	Fonctions physiologiques (soin, traitement, pharmacothérapie, protocole)
	Processus d'adaptation (soutien parental, relation d'aide, ...)
Psycho socio (contexte familial, social et émotif)	Enseignement

DEUXIÈME ÉTAPE

Deuxième situation clinique (p. 12 à 21)

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Développer une méthodologie d'analyse
- Contextualiser et décontextualiser les connaissances
- Intégrer les connaissances
- Transférer les connaissances
- Schématiser la situation clinique
- Établir les relations de similarité entre la première situation clinique et la deuxième
- Établir les différences entre la première situation clinique et la deuxième
- Concilier (adapter) les différences entre les deux situations cliniques
- Analyser sa pratique
- Présenter la situation clinique au groupe stage

CONSIGNES

1. À partir de la démarche de soins, évaluer, analyser et interpréter une situation clinique dont vous avez eu la responsabilité au cours des deux dernières semaines (idéalement la troisième) de stage. Choisir une situation dans laquelle vous avez rencontré un problème de soin.
2. L'évaluation se fait à l'aide de la collecte des données. Pour analyser et interpréter ces données, vous trouvez les instructions à la page 13. Concernant les interventions du plan de soins (p. 14), vous devez inscrire ce qui a été fait et ce qui aurait dû être fait.
3. Afin de vous aider à intégrer la théorie, vous devez expliquer les épreuves diagnostiques, les soins et/ou traitements ainsi que la pharmacothérapie. Expliquer tous les éléments applicables à votre situation clinique. Pas seulement ceux que vous avez faits (p. 15 à 17).
4. Décrire sommairement un thème d'enseignement que vous avez fait dans la situation clinique choisie (p. 18). Vous devez vous référer à votre cours Enseignement à la clientèle.
5. Pour schématiser votre situation clinique, vous trouverez les instructions et un exemple à la page 19.
6. Faire ressortir les concepts identiques ou similaires et les concepts différents entre la première et la deuxième situation clinique (p. 20). Retenir seulement les concepts essentiels.
7. Retour réflexif (p. 21) : évaluer vos interventions dans la deuxième situation clinique. Faire ressortir les points forts et les points à améliorer. Formuler des suggestions d'interventions pour une prochaine fois.
8. À partir de votre représentation schématique, présenter votre situation clinique au groupe stage. (À la fin du stage, de retour au Collège).

DATE DE REMISE

- La présentation clinique se fera la dernière semaine de stage.
- Les travaux de la deuxième étape sont à remettre à la fin de la présentation.
- L'évaluation de cette étape sera sommative.



L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES

(Identification des problèmes)

1. Comparer les données recueillies dans votre collecte de données aux normes établies. Par exemple : normalité fond utérin 12h00 post-accouchement ► 0/0 ferme centré.
2. Faire ressortir les données problématiques ou à risques de causer un problème infirmier ou un problème de collaboration. Par exemple : FU 2/0 dévié à gauche.
3. Regrouper ou chercher des relations entre ces données. Par exemple : bébé difficile à réveiller, dort durant l'allaitement maternel, coloration de la peau jaunâtre, DJ 22 à 18h00 de vie.

Données problématiques ou potentiellement à risque

Relations entre les données problématiques ou potentiellement à risque

LE PLAN DE SOINS**Diagnostic infirmier ou****Problème de collaboration :**

OBJECTIFS	INTERVENTIONS	ÉVALUATION
	(Surveiller, évaluer, enseigner, administrer, effectuer, superviser, accompagner, encourager, écouter, valoriser, soutenir, ...)	
		L'objectif est-il atteint? OUI NON Explication

LES ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES

Pourquoi le médecin a-t-il prescrit l'épreuve diagnostique suivante :	Comment expliquez-vous le résultat : normal, augmenté ou diminué	Faites un lien avec l'état de santé ou le diagnostic médical	Interventions infirmières en lien :
Ép. Dx : Type : Parce que :	Résultat : Explication :		
Ép. Dx : Type : Parce que :	Résultat : Explication :		
Ép. Dx : Type : Parce que :	Résultat : Explication :		

Type : biochimie, hématologie, banque de sang, microbiologie, radiologie, ...

LES SOINS ET LES TRAITEMENTS

Pourquoi faites-vous le soin ou pourquoi le traitement est-il prescrit?	Est-ce que le soin ou le traitement donne les résultats souhaités?	Faites un lien avec la biologie, la pharmacothérapie et/ou les épreuves diagnostiques
Soin ou traitement : Parce que :	Oui Non Explications :	
Soin ou traitement : Parce que :	Oui Non Explications :	
Soin ou traitement : Parce que :	Oui Non Explications :	

Exemples : soins d'hygiène au périnée, bain de siège, glace, massage utérin, soulagement de la douleur non pharmacologique, thermorégulation, photothérapie, soins du cordon, aspirer les sécrétions, favoriser le repos, favoriser l'implication du père dans les soins, soutenir l'allaitement maternel ...

LA PHARMACOLOGIE

Médicament et classe	Pourquoi administrez-vous ce médicament?	L'effet recherché est-il atteint?	Quels sont les effets secondaires à surveiller?	Soins infirmiers en lien

LE PLAN D'ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE

Thème :

Objectif général :

Objectifs spécifiques (à partir de la taxonomie de Bloom)	Contenu	Stratégies pédagogiques Moyens pédagogiques	Évaluation

LA SCHÉMATISATION DE LA SITUATION CLINIQUE

- Schématiser permet d'organiser les connaissances. Cette stratégie offre l'avantage de visualiser les liens ou les relations existant entre les éléments d'information. Il existe de nombreuses façons de représenter schématiquement. À la page suivante, vous trouverez un exemple. Vous trouverez d'autres exemples dans votre cahier de notes de cours et exercices.
- Pour réussir, faire ressortir les concepts de votre situation clinique (vous pouvez utiliser le tableau de la page 11). Par la suite, regrouper les concepts de même importance, puis établir des liens entre eux.
- Votre schéma servira de soutien visuel à la présentation de votre situation clinique devant votre groupe stage. Vous pourrez le présenter sur une affiche ou un support informatique.

		Mère	Allaitement	Nouveau-né
Évaluation initiale	Grossesse	24 ans, allergie péni. G2T1V1 A+ strep- rub. – Hb118 plaq. 160000	1^{er} bb allaité 1 mois pcq gerçure	Placenta antérieur Présentation céphalique du sommet
	Travail / accouchement	Durée totale 8h48 Liquide amniotique clair, rupturée 5h18 Épidural Déchirure 2°	Allaitement 15 minutes après la naissance	Âge gestationnel 38,6/38,1 APGAR 8-9-10 pH 7,29 poids 3445g taille 50cm, périmètre crânien 34cm vit K et ilotycin reçu
	Postnatal 12h00	105/72 pls 90/min. T36,6°C b. R. 20/min. F.U. 0/1 F.C. Ø tranchée Lochies : 1 serviette 70% changée q.3-4h, Ø caillot, Ø odeur Périnée : ROEER ok, douleur 4/10 à la mobilisation, Ø brûlement mictionnel Se dit fatigué , parle et effectue sans difficulté les soins au n.n. avec l'aide du père	Allaitement exclusif 4 boires depuis la naissance en madone S'installe seule sans difficulté Bonne prise du sein, bonne succion	Pls 124/min. T 36°C ax. R. 42/min. irrégulière Peau : rosée avec érythème 1 miction Ø selle Se réveille pour boire Pleure peu Ø de bain reçu
Analyse et interprétation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nouveau-né T 36°C. ax. 2. Déchirure périnéale du 2° avec douleur 4/10 à la mobilisation 3. Mère allaite uniquement en madone; 1^{er} allaité 4 semaines pcq gerçure mamelon 4. Se dit fatiguée 5. Absence d'anticorps de la rubéole 			
Intervention	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réchauffer nouveau-né en peau à peau avec la mère. Évaluation dans 20 minutes. 2. Soulager la douleur périnéale : bain de siège; faire appliquer nupercainal; administrer empracet 3. Vérifier soins d'hygiène au périnée : asperger avec eau et changer de serviette sanitaire à chaque miction et selle 4. Enseigner à la mère 2 autres positions d'allaitement 5. S'assurer que la mère maîtrise ces 2 positions avant son congé 6. Favoriser les périodes de repos : regrouper les soins; ↓ le temps de visite, demander la collaboration du père 7. Administrer le vaccin antirubéoleux 			
Évaluation				

LES ADAPTATION DES DIFFÉRENTS CONCEPTS

- Afin de prendre conscience des connaissances acquises dans l'analyse de vos deux situations cliniques, distinguer les concepts ou éléments identiques ou similaires et les concepts différents entre la première et la deuxième situation clinique. Retenir seulement les concepts ou les éléments essentiels.

Concepts		Identiques et/ou similaires	Différents
Évaluation Analyse	Biologie		
	Psycho Socio		
Interventions	Fonctions Physiologiques		
	Processus D'adaptation		
	Enseignement		



LE RETOUR RÉFLEXIF

Vous avez analysé et interprété une situation clinique dans laquelle vous avez rencontré un problème de soins (deuxième situation clinique). À ce point ci, vous devez faire l'analyse des actions ou des gestes posés pour en faire ressortir les caractéristiques. Pour ce faire :

- A. À partir des concepts des soins infirmiers en périnatalité et de la démarche de soins, nommer des points forts de votre (vos) intervention(s). Expliquer brièvement votre choix (caractéristiques des interventions, liens entre les éléments, ...).

- B. À partir des concepts des soins infirmiers en périnatalité et de la démarche de soins, qu'est-ce qui serait pertinent d'améliorer en référence au contexte clinique et à la théorie? Expliquer brièvement votre choix.

- C. Dans une situation semblable, que feriez-vous la prochaine fois?

3. LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

La réflexion sur l'activité même de production du matériel pédagogique est la septième étape de la démarche méthodologique proposée par Paillé (2004). Selon cet auteur, cette réflexion est l'apport le plus durable de la production de matériel pédagogique pour la communauté des chercheurs car c'est à ce moment-là que l'auteur de l'essai offre une pensée méthodologique. Notre réflexion sur la production du carnet de stage sera une discussion des résultats faite à partir des commentaires et suggestions des trois experts et de l'objectif de recherche. Afin de faciliter la compréhension de la discussion des résultats, rappelons que notre problème était l'intégration et le transfert des connaissances déclaratives en connaissances conditionnelles. Toute notre démarche a eu comme cadre de référence une perspective cognitiviste de l'apprentissage. L'objectif de l'essai a été de produire un carnet de stage permettant à l'élève d'intégrer et de transférer méthodiquement et consciemment les diverses connaissances nécessaires à l'agir infirmier dans le domaine de la périnatalité.

3.1 La discussion des résultats à partir des commentaires et des suggestions

Pour faciliter la discussion des résultats à partir des commentaires et des suggestions des experts, nous avons procédé de manière similaire à la présentation des résultats. Ainsi, nous allons discuter les résultats relativement au contenu en périnatalité, puis à partir des résultats des deux grilles d'évaluation. En effet, notre expert du domaine des soins infirmiers en périnatalité avait comme mandat de valider principalement la pertinence du contenu. C'est pour cette raison qu'il a préféré émettre ses commentaires et ses suggestions page par page. Nous allons donc débiter la discussion à partir de ses commentaires et suggestions. Par la suite, suivra la discussion en lien avec les commentaires et les suggestions de notre expert de la conception de l'enseignement et de l'apprentissage issue de la psychologie cognitive et de notre un expert dans la production de matériel pédagogique.

3.1.1 La discussion à partir des commentaires et des suggestions de l'expert du domaine des soins infirmiers en périnatalité

Selon les commentaires de cet expert, le contenu en soins infirmiers en périnatalité du carnet de stage est pertinent. Ses suggestions proposaient des modifications mineures au niveau de la présentation et de la précision. Son appréciation de l'intégration et du transfert des connaissances est abordée au travers de certaines interrogations.

Concernant la présentation de la collecte des données, cet expert trouvait que la collecte des données manquait d'espace pour que le ou la stagiaire puisse répondre. Il suggérait une réorganisation de l'espace. Comme le document pour la collecte des données soumis aux experts avait été présenté selon les normes du *Guide de rédaction et de présentation des essais, des mémoires et des thèses* (Université de Sherbrooke, 2005) et que nous ne sommes pas tenue de les respecter lorsque l'essai porte sur la production du matériel pédagogique, nous avons agrandi les marges pour récupérer de l'espace. En réorganisant les sections et les sous-sections, nous avons également réussi à en gagner. Même modifié, nous sommes consciente que le document qui va servir à la collecte des données peut sembler comprimé. Toutefois, il ne faut pas oublier que cet outil sert à évaluer une situation clinique en inscrivant un chiffre, en cochant ou en décrivant brièvement une observation. Cet outil d'évaluation doit être complet, par conséquent, nous ne pouvons pas enlever des données pour obtenir plus d'espace. De plus, pour que cet outil soit facilement utilisable en milieu clinique, il ne doit pas contenir trop de pages. Pour ces trois raisons, nous ne croyons pas que plus d'espace pourrait être ajouté pour éviter d'avoir un document trop volumineux.

En ce qui concerne l'organisation des sections et des sous-sections, nous avons suivi ses suggestions. Premièrement, nous avons modifié les sections de la collecte des données pour obtenir les sous-sections suivantes: la mère, le nouveau-né et l'allaitement maternel. Deuxièmement, nous avons transformé la section médication en sous-section de la mère et du nouveau-né. Effectivement, comme le

souligne cet expert, cela facilite l'intégration en diminuant la fragmentation des données. Troisièmement, l'expert fait valoir que tous les renseignements au sujet de l'allaitement devraient faire l'objet d'une section à part puisqu'il s'agit de la mère et de l'enfant. Dans le document sur la collecte des données présenté aux experts, ce point était évalué chez la mère et chez le nouveau-né. Par exemple, on retrouvait l'aspect des seins dans la section mère et la fréquence des boires dans la section nouveau-né. Après réflexion, nous nous sommes rangée à son avis sur le plan de l'allaitement maternel. L'acte d'allaiter implique nécessairement une relation indissociable entre la mère et son enfant. Nous avons donc fait une section allaitement maternel que nous avons bonifiée à l'aide des suggestions de cet expert. Quatrièmement, nous avons enlevé la section enseignement. Nous l'avons mise à l'origine pour que les stagiaires indiquent les besoins en enseignement des parents. Toutefois, notre expert en soins infirmiers a rapporté que l'enseignement à la clientèle est un type d'intervention. Nous avons alors consulté le devis ministériel et notre grille d'évaluation du stage en périnatalité. Effectivement, l'enseignement est une intervention infirmière et les interventions n'ont pas de place dans le document servant à la collecte des données puisque celle-ci est essentiellement un outil d'évaluation.

Relativement à la précision de certains paramètres d'évaluation ou termes, nous avons effectué de légères modifications principalement dans la sous-section évaluant le contexte familial et social. Ces modifications ont été apportées dans le but d'aider les stagiaires à évaluer de manière précise.

À propos des commentaires et des suggestions en lien avec les autres sections, nous avons changé notre image de la page titre représentant une mère allaitant pour une image incluant des parents et un nouveau-né. Cette image répond aux nouvelles politiques québécoises et fédérales en périnatalité. On parle actuellement de soins dans une perspective familiale et non plus seulement de soins à la mère et à l'enfant. Par contre, nous avons maintenu les sections du carnet de stage sur les épreuves

diagnostiques, les soins et les traitements et la pharmacologie parce que ces sections permettent aux stagiaires de décontextualiser des connaissances en les expliquant. De plus, ces sections permettent d'intégrer des concepts de biologie et de pharmacologie aux soins infirmiers en périnatalité en faisant des liens. Après discussion avec l'enseignante du cours Enseignement à la clientèle du Collège de Valleyfield, nous avons maintenu la section plan d'enseignement à la clientèle car c'est une compétence qui doit continuer à se développer principalement en l'intégrant à l'intérieur des stages. De plus, l'enseignement à la clientèle est inclus dans la compétence «Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité». (Direction générale de la formation professionnelle et technique, 2000, p. 50) Nous ne croyons pas que le fait de maintenir cette section donne à l'enseignement à la clientèle une place prioritaire sur le plan des interventions infirmières. Les stagiaires doivent intervenir selon le contexte clinique. Si les parents ont besoin d'accompagnement ou de soutien, les interventions doivent être planifiées en conséquence et nous les retrouverons dans la section portant sur le plan de soins ou sur les soins et les traitements. Le superviseur de stage corrigera le carnet selon le contexte clinique.

Finalement, nous n'avons pas tenu compte du commentaire à l'égard du vocabulaire pédagogique parce qu'il allait à l'encontre des commentaires des deux autres experts qui trouvaient les consignes du carnet de stage explicites, claires et précises. Les consignes ont été écrites dans la logique du transfert selon une perspective cognitiviste. Le transfert s'effectue lorsque les élèves suivent la démarche proposée. Toutefois, nous avons rajouté une note de bas de page pour définir le terme «connaissances explicites» car nous trouvions que cette terminologie était peu connue des élèves. Outre ce terme, les stagiaires sont habitués au langage pédagogique d'une part et d'autre part le stage se déroulant sur quatre semaines consécutives, ils ou elles pourront consulter leur superviseur de stage s'ils éprouvent des difficultés à comprendre ce niveau de vocabulaire.

3.1.2 La discussion à partir des commentaires et des suggestions des deux grilles d'évaluation du carnet de stage.

L'évaluation globale du carnet de stage est cotée «très bonne» pour les critères étendue, cohérence et présentation du matériel, et «bonne» pour les critères pertinence et exactitude. Nous pouvons donc dire que le carnet de stage est clair, pertinent et que sa forme est adéquate. Toutefois, cela n'exclut pas que nous avons dû faire certaines modifications pour l'améliorer. Les modifications suggérées ont été apportées, principalement en ce qui concerne le retour réflexif. Pour nous, il est important que les questions du retour réflexif guident adéquatement les élèves, car c'est lors de ce processus que le transfert des apprentissages va s'effectuer. Selon notre expert de l'apprentissage en psychologie cognitive, cette section du carnet de stage ne faisait pas assez référence au cadre conceptuel du domaine des soins infirmiers, soient la démarche de soins et les concepts disciplinaires. Pour cet expert, le retour réflexif est l'occasion de faire l'analyse des actions posées pour en faire ressortir leurs caractéristiques par rapport à un cadre de référence validé. Pour lui, cette démarche d'analyse permet de faire des liens entre l'action et les éléments appartenant aux cadres de référence disciplinaires. La conception du retour réflexif de cet expert rejoint celle décrite au chapitre deux de cet essai. En effet, selon Schön (1994), la pratique réflexive porte sur l'analyse méthodique de sa propre action, en s'appuyant sur un répertoire de connaissances. Nous avons donc reformulé nos questions pour guider le retour réflexif en précisant le cadre conceptuel de la démarche d'analyse.

La deuxième grille d'évaluation du carnet de stage voulait vérifier l'approche du transfert des connaissances selon notre cadre de référence. À partir de cette grille nous voulions nous assurer que le matériel pédagogique produit était cohérent avec l'objectif de l'essai et le cadre de référence. L'analyse des commentaires de cette grille fait ressortir les points suivant : 1) Le carnet de stage permet le processus de contextualisation; 2) le processus de décontextualisation est la partie forte du travail; 3) le processus de recontextualisation est plus ou moins bien défini.

Le carnet de stage permet de contextualiser les connaissances. L'expert de l'apprentissage selon la psychologie cognitive souligne au niveau des critères «organiser les connaissances» et «créer des liens entre les connaissances» que, pour lui, il s'agit d'expressions désignant les mêmes processus cognitifs. Il a souligné que la distinction entre ces deux actions ne lui est pas apparue évidente dans le carnet de stage. Il a souhaité que des améliorations soient apportées au matériel. Toutefois, nous ne pensons pas que nous devons faire ces améliorations pour deux raisons. Premièrement, notre expert dans la production de matériel pédagogique a fait ressortir que la schématisation, les tableaux comparatifs, le rappel de consulter les livres de base et la transdisciplinarité sont des stratégies qui facilitent la contextualisation. Deuxièmement, après réflexion, il nous est apparu que ce sont nos deux critères d'évaluation qui sont synonymes et, par conséquent, mal choisis. En effet, «l'organisation des connaissances consiste à préciser les liens qui unissent les éléments d'information les uns aux autres.» (Barbeau, Montini et Roy, 1997, p. 372) Donc, créer des liens entre les connaissances c'est les organiser. C'est pour cette raison que l'expert de l'apprentissage selon la psychologie cognitive n'a pas vu de distinction entre ces deux actions dans le carnet de stage.

Aider les élèves à décontextualiser est le point fort du carnet de stage car il permet la généralisation et la discrimination des connaissances essentielles. Notre expert dans la production de matériel pédagogique a écrit souhaiter que l'on fasse mention dans le carnet de stage où a lieu la décontextualisation afin de faciliter la métacognition. Toutefois, nous n'avons pas ajouté dans le carnet de stage à quel endroit la décontextualisation se produisait parce que nous ne voulons pas perdre les élèves de niveau collégial dans une terminologie pédagogique. Ce qui est important c'est qu'elle ait lieu.

La recontextualisation est le processus le moins bien défini dans le carnet de stage. Elle correspond au septième processus du modèle de Tardif (1999) : la génération de nouveaux apprentissages. Selon Presseau et Frenay (2004), c'est au

moment où l'élève anticipe des situations qu'il devra réutiliser les nouvelles connaissances générées. Le retour réflexif est l'endroit dans le carnet de stage qui permet aux stagiaires de recontextualiser en faisant faire des liens entre les gestes posés dans l'action et les concepts de soins infirmiers donnant ainsi un éclairage nouveau aux connaissances. Le tableau adaptation des différents concepts dans le carnet de stage soutient également la réflexion en aidant les élèves à organiser les similitudes et les différences entre les deux situations cliniques analysées. Rappelons que nous avons modifié les questions du retour réflexif afin de guider le processus du transfert. La troisième question du retour réflexif : « Dans une situation semblable que feriez-vous la prochaine fois? », devrait soutenir la recontextualisation grâce à l'anticipation de situations où les stagiaires devront utiliser les nouvelles connaissances puisqu'ils ou qu'elles vont donner des exemples d'interventions infirmières dans un contexte clinique. Le retour réflexif guide le transfert des connaissances en donnant aux stagiaires un savoir méthodologique de la réflexion. Toutefois, nous sommes consciente que le transfert ne s'effectuera réellement que dans une nouvelle situation clinique présentant un problème de soins où le ou la stagiaire utilisera les connaissances acquises à l'aide du carnet de stage.

3.2 La discussion des résultats en fonction de l'objectif de recherche

Le carnet de stage est un matériel pédagogique produit dans le but de permettre à l'élève d'intégrer et de transférer méthodiquement et consciemment les connaissances nécessaires à l'agir infirmier dans le cadre d'un stage de niveau collégial dans le domaine de la périnatalité. Ce carnet de stage permet aux stagiaires d'analyser deux situations cliniques qu'ils ou qu'elles ont vécues, via une démarche structurée à partir des connaissances disciplinaires et contributives du domaine infirmier. Une perspective cognitiviste ainsi que le processus contextualisation-décontextualisation-recontextualisation de la dynamique du transfert, ont servi de cadre de référence à sa construction.

Le carnet de stage rend possible l'intégration des connaissances en les contextualisant. À partir de l'analyse de deux situations cliniques réelles, le carnet de stage aide l'élève à organiser ses connaissances en donnant un sens aux connaissances déclaratives vues en classe et en créant des liens entre elles. Cette analyse de gestes posés dans l'action à partir des connaissances déclaratives va permettre aux stagiaires de les enrichir, de les corriger ou de les modifier. Deux situations cliniques sont analysées afin d'éviter que les connaissances restent liées à un contexte. De plus, l'analyse de la première situation clinique est suivie d'une à deux semaines de stage avant l'analyse de la deuxième afin de mettre en interaction la théorie et la pratique.

Le carnet de stage soutient la décontextualisation des connaissances. D'abord, la démarche proposée dans les sections du carnet, l'analyse et l'interprétation des données et les concepts de la situation clinique, permet de généraliser les apprentissages. Ensuite, les sections sur le plan de soins, le plan d'enseignement à la clientèle, la schématisation de la situation clinique et l'adaptation des différents concepts aident les élèves à faire une discrimination entre les connaissances. Enfin, les sections portant sur les épreuves diagnostiques, les soins et les traitements et la pharmacologie aident l'élève à généraliser et à discriminer. Ces deux processus cognitifs, généralisation et discrimination, sont sollicités pour l'utilisation des connaissances conditionnelles. Ils servent également de tremplin au transfert. (Chamberland, Lavoie et Marquis, 2003)

Le retour réflexif soutient la décontextualisation et la recontextualisation. Les questions A et B concernant les points forts et les points à améliorer à partir des concepts de soins infirmiers, décontextualisent les connaissances. Tandis que la question C aide la recontextualisation en demandant aux élèves d'anticiper l'agir professionnel dans une situation future. Par contre, comme le moment de recontextualiser se situe seulement à cet endroit, on peut dire que ce processus est peu exploité dans le carnet de stage.

CONCLUSION

Le stage de niveau collégial de soins infirmiers en périnatalité est un milieu authentique d'apprentissage professionnel encadré sous la supervision directe d'une enseignante. Les stagiaires interviennent dans des situations cliniques réelles, complexes et contextuelles. Toutefois, ce n'est pas toutes les expériences authentiques et complexes qui contribuent à l'intégration et au transfert des apprentissages. D'une part, le ou la stagiaire doit s'engager dans son apprentissage. S'engager en stage signifie aller plus loin que l'exécution de la tâche. Il ou elle doit réfléchir sur l'expérience vécue en stage à partir des concepts disciplinaires vus en théorie et dégager les similarités ou les différences entre les situations cliniques et généraliser ou discriminer les connaissances. D'autre part, l'enseignante superviseure de stage doit développer une stratégie pédagogique qui guide une pratique réflexive en contextualisant, décontextualisant et recontextualisant les connaissances, favorisant ainsi l'intégration et le transfert des apprentissages.

Cependant, intervenir en milieu hospitalier a plusieurs conséquences pour le ou la stagiaire et l'enseignante superviseure de stage. Parmi ces conséquences, on retrouve la diminution du temps disponible pour l'anticipation de l'action ainsi que pour son analyse. D'ailleurs, Barbès (2001) et Boudreau (2002) situent la réflexion et l'analyse de l'expérience concrète survenue en stage après le stage lui-même, c'est-à-dire lors des travaux qui y sont reliés. C'est pourquoi nous avons choisi comme stratégie pédagogique de développer un matériel qui favorise la réflexion de l'action en mobilisant les savoirs disciplinaires. Notre carnet de stage permet aux stagiaires d'analyser deux situations cliniques qu'ils ou qu'elles ont vécus, via une démarche structurée à partir des connaissances disciplinaires et contributives du domaine infirmier. De plus, le fait d'analyser une des deux situations cliniques à la mi-stage permet une interaction théorie – pratique.

Dans l'avenir, nous suggérons qu'un outil pédagogique similaire soit mis en place dans les stages en soins infirmiers qui suivent le stage de périnatalité afin de maintenir et d'augmenter la capacité à transférer les connaissances. Également, des situations cliniques fictives pourraient être construites. L'analyse de ces situations serait préparatoire au stage et se ferait à partir de la démarche proposée dans le carnet de stage. L'analyse de ces situations fictives permettrait un entraînement progressif à l'intégration et au transfert des connaissances en plus de développer la capacité à transférer. Finalement, la mise à l'essai de ce carnet de stage auprès des stagiaires pourra faire suite à la validation faite par les experts. Dans cette recherche, nous n'avons pas pu faire de mise à l'essai car cela aurait prolongé notre maîtrise d'au moins une année étant donné qu'à la session d'automne 2007 ce cours n'est pas donné par manque de clientèle. De plus, nous n'avons pas assez d'élèves par session (environ 22 par session) pour faire un groupe expérimental et un groupe témoin.

En conclusion, le carnet de stage tel que conçu dans cette recherche constitue un outil pédagogique qui permet l'intégration des connaissances disciplinaires et contributives du domaine infirmier. Il soutient le processus de contextualisation–décontextualisation–recontextualisation de la dynamique du transfert. Par contre, le transfert n'est pas complet puisque ce dernier suppose l'utilisation de connaissances acquises antérieurement dans une nouvelle situation authentique, problématique et dont les solutions ne s'imposent pas d'elles-mêmes. C'est dans l'avenir professionnel des stagiaires qu'il s'opèrera. Toutefois, le carnet de stage aide à développer la capacité à transférer car, comme souligné dans le cadre de cet essai, le transfert n'est pas un processus spontané, c'est la capacité à transférer qui s'apprend.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amiot, G. et ST-Pierre, J. (1996). *Schématisation d'une situation de soins infirmiers : un instrument de transfert des compétences*, Communication présentée au 16^e colloque de l'Association québécoise de pédagogie collégiale (AQPC), Montréal. Document téléaccessible à l'adresse
<http://www.infiressources.ca/bd/recherche/conferences/Atelier_7Aa70.pdf>
- Baeriswyl-Macherel, C., Broillet, M. et Nadot, N. (2001). *Des savoirs aux compétences. Les situations d'intégration comme dispositif d'aide à la construction des compétences professionnelles*. Fribourg : École du personnel soignant. Document téléaccessible à l'adresse
<http://www.f3miticbjn.ch/spip/IMG/pdf/article_BROILLET.pdf>
- Barbeau, D., Montigni, A. et Roy, C. (1997). *Tracer les chemins de la connaissance, La motivation scolaire*. Montréal : AQPC.
- Barbès, P. (2001). *Je mène ma supervision Manuel pour la supervision de stage*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Barwick, M.A., Boydell, K.M., Stasiulis, E., Ferguson, B.H., Blasé K. et Fixsen, D. (2005). *Transfert de connaissances et mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale pour enfants*. Toronto : Santé mentale pour enfants Ontario. Document téléaccessible à l'adresse
<[http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/PR_Transfert de connaissances et mise en oeuvre de pratiques fondees sur des donnees probantes dans l e domaine de la sante mentale pour enfants.pdf](http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/PR_Transfert_de_connaissances_et_mise_en_oeuvre_de_pratiques_fondees_sur_des_donnes_probantes_dans_le_domaine_de_la_sante_mentale_pour_enfants.pdf)>
- Boudreau, P. (2002). L'évolution d'un superviseur universitaire en formation des enseignants. In M. Boutet et N. Rousseau (dir.), *Les enjeux de la supervision pédagogique des stages* (p. 53 – 64). Coll. «Éducation, intervention», Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Chamberland, G., Lavoie, L. et Marquis, D. (2003). *20 formules pédagogiques*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Collège de Valleyfield (2006). *Synthèse orientation pédagogique Soins infirmiers 180-AO*.

Comité jeunesse de l'OIIQ (2005). *Sondage effectué auprès des candidates à l'exercice de la profession (CEPI) de la cohorte 2004 Résultats*. OIIQ. Document téléaccessible à l'adresse
http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/CEPI_Resultats.pdf >

Direction des études et des services aux étudiants (2005). *Soins Infirmiers 180.AO programme de formation*. Collège de Valleyfield.

Direction générale de la formation professionnelle et technique (2000). *Programme soins infirmiers 180.AO. Objectifs et standards – formation spécifique*. Québec.

Dubuc, Y. (1995). Programme de stimulation et développement métacognitif des enfants d'âge préscolaire. *Vie pédagogique*, 93.

Gagné, E. (1985). *The Cognitive Psychology of School Learning*. Boston : Little, Brown.

Jutras, M. (1992). *Guide pédagogique pour les apprentissages cliniques à l'intention des enseignantes de la session d'intégration du programme de formation collégiale en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A. et Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers Théorie et pratique tome 1* (Adaptation française par S. Longpré et L. Cloutier). Saint-Laurent : ERPI.

Ladewig, P., London, M., Moberly, S. et Olds, S. (2003). *Soins infirmiers en périnatalité* (3e éd.). Saint-Laurent : ERPI.

Lauzon, F. (2000). Comment aider les élèves à intégrer et à transférer leurs apprentissages? Proposition d'un itinéraire en cinq actions-réflexions. *Pédagogie collégiale*, 14, p. 34-40.

- Lefebvre, M. et Dupuis, A. (1993). *Le jugement clinique en soins infirmiers*. Saint-Laurent : ERPI.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e éd.). Montréal : Guérin.
- Louis, R. (1999). *L'évaluation des apprentissages en classe théorie et pratique*. Laval : Éditions Études Vivantes.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Comment devenir infirmière ou infirmier? *Site de l'OIIQ*. Site téléaccessible à l'adresse <http://www.oiiq.org/infirmieres/profession/index.asp#14>>. Consulté le 12 juillet 2006
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003) *La pénurie d'infirmière de formation universitaire*. OIIQ. Document téléaccessible à l'adresse http://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/penurie_inf_universitaire.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005). *Rapport annuel 2004-2005*. OIIQ. Document téléaccessible à l'adresse http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/RapportAnnuel/rapport2004_2005/examen.pdf>
- Paillé, P. (2004). *Douze devis méthodologiques pour une recherche de maîtrise en enseignement*.
- Perrenoud, P. (1997). Vers des pratiques pédagogiques favorisant le transfert des acquis scolaires hors de l'école. *Pédagogie collégiale*, 10, p. 5-16.
- Perrenoud, P. (1999). Transférer ou mobiliser ses connaissances? D'une métaphore à l'autre : implications sociologiques et pédagogiques. In *Communication du colloque de Raisons éducatives sur les compétences*. Document téléaccessible à l'adresse http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_28.html>
- Perrenoud, P. (2001a). Les sciences de l'éducation proposent-elles des savoirs mobilisables dans l'action? In P. Perrenoud, *La place des sciences humaines*

et sociales dans l'expertise et les savoirs professionnels des enseignants.

Symposium dans le cadre des Rencontres du Réseau Éducation et Formation, Montréal : UQAM. Document téléaccessible à l'adresse

http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_12.html>

Perrenoud, P. (2001b). Former à l'action, est-ce possible? In P. Perrenoud, *Former à des savoirs d'action, est-ce possible? Comment faire?* Intervention IUFM de Lyon. Document téléaccessible à l'adresse

http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/peerenoud/php/main/php_2001/2001_19.html >

Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Éducation permanente*, 160, p. 35-60.

Pôle de l'Est. (1996). Qu'est-ce donc une compétence? In D. Raymond (dir.), *Qu'est-ce qu'apprendre et Qu'est-ce qu'enseigner? Un tandem en piste* (p. 69-73). Montréal : AQPC.

Presseau, A. et Frenay, M. (2004). *Le transfert des apprentissages : comprendre pour mieux intervenir*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.

Programme Soins infirmiers 180.AO (2004). *Objectifs et standards – Formation spécifique*.

Proulx, J.P. (2007). S'engager dans la formation continue des enseignants des collèges. *Pédagogie collégiale*, 20 (3), 12-14

Raymond, D. (2006). *Qu'est qu'apprendre et qu'est-ce qu'enseigner? Un tandem en piste!* Montréal : AQPC.

Roy, F. (1998). *Élaboration d'un matériel pédagogique visant à favoriser le transfert des connaissances lors d'un stage d'intégration en soins infirmiers*. Essai de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

- Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (Trad. Par Heynemand, J. et Gagnon, D.). Montréal : Les Éditions Logiques.
- Scallon, G. (2000). *L'évaluation formative*. Saint-Laurent : ERPI.
- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique, L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal : Les Éditions LOGIQUES.
- Tardif, J. et Meirieu, P. (1996). Stratégie pour favoriser le transfert des connaissances. *Vie pédagogique*, 98, 4-7
- Tardif, J. (1997). La construction des connaissances. 1. Les consensus. *Pédagogie collégiale*, 11(2), 14-19
- Tardif, J. et Presseau, A. (1998). Quelques contributions de la recherche pour favoriser le transfert des apprentissages. *Vie pédagogique*, 108, p. 39-44.
- Tardif, J. (1998). La construction des connaissances, 2. Les pratiques pédagogiques. *Pédagogie collégiale*, 11(3), 4-9
- Tardif, J. (1999). *Le transfert des apprentissages*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Toupin, L. (1995). *De la formation au métier : savoir transférer ses connaissances dans l'action*. Paris : ESF éditeur.
- Université de Sherbrooke (2005). *Guide de rédaction et de présentation des essais, des mémoires et des thèses* (3^e éd. Revue et augmentée). Sherbrooke : Éditions du CRP, Faculté d'éducation (1^{ère} éd. 1995).
- Viau, R. (1994). *La motivation en contexte scolaire*. Saint-Laurent : ERPI.

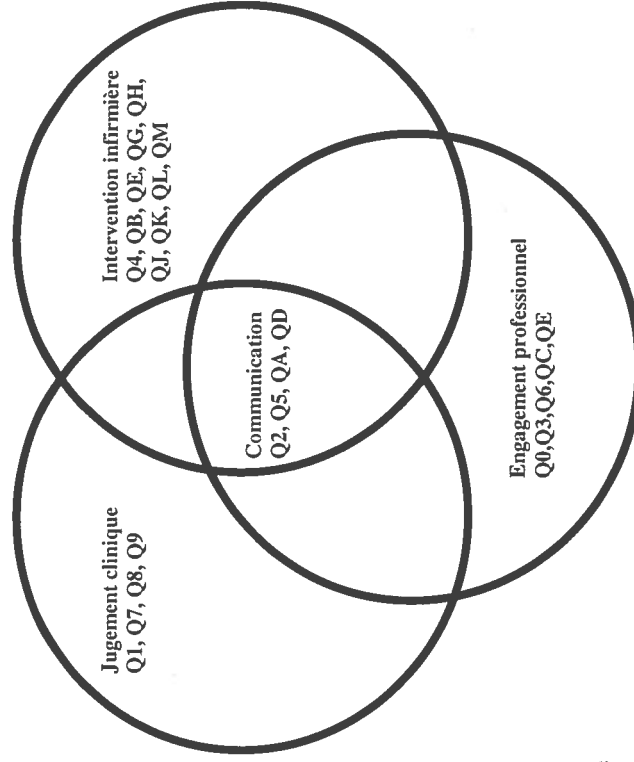
Villeneuve, L. (1997). L'encadrement des étudiants Un défi du XXI^e siècle. In L. Langevin et L. Villeneuve (dir.), *L'encadrement des étudiants dans les stages*. In L. Villeneuve (p. 183-209). Montréal : Les Éditions LOGIQUES.

ANNEXE A

**REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES
MÉGACOMPÉTENCES EN SOINS
INFIRMIERS**

REGROUPEMENT DES COMPÉTENCES DU PROGRAMME SOINS INFIRMIERS – PROGRAMME RÉGULIER 180.A0

- 01Q0 Analyser la fonction de travail
- 01Q1 Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement
- 01Q2 Composer avec les réactions et les comportements de la personne
- 01Q3 Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle
- 01Q4 Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins
- 01Q5 Établir une communication aidante avec la personne et ses proches
- 01Q6 Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé
- 01Q7 Relier les désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques.
- 01Q8 Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes qui relèvent du domaine infirmier
- 01Q9 Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique
- 01QA Enseigner à la personne et à ses proches.
- 01QB Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé
- 01QC S'adapter à différentes situations de travail
- 01QD Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants
- 01QE Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie
- 01QF Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession
- 01QG Appliquer des mesures d'urgence
- 01QH Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité
- 01QJ Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers
- 01QK Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires
- 01QL Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale
- 01QM Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement



Source : Collège de Valleyfield, 2006, p. 1

ANNEXE B

**COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES AU DOMAINE DE LA PÉRINATALITÉ
EN SOINS INFIRMIERS DE NIVEAU COLLÉGIAL**

OBJECTIF	STANDARD
<i>Énoncé de la compétence</i>	<i>Contexte de réalisation</i>
01Q8 Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans le cadre légal de l'exercice de la profession. ➤ Pour des problèmes de santé physique et mentale affectant la clientèle en périnatalité. ➤ À partir de données cliniques et d'un dossier de santé, d'un diagnostic médical. ➤ À l'aide de documents traitant des problèmes, d'ouvrages de référence. ➤ En utilisant la terminologie des sciences infirmières et des sciences de la santé.
<i>Éléments de la compétence</i>	Critères de performance
1. Décrire la pathologie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition exacte de la pathologie. ▪ Reconnaissance du processus physiopathologique. ▪ Mise en relation pertinente des manifestations cliniques et du problème de santé diagnostiqué. ▪ Appréciation juste des facteurs de risques. ▪ Reconnaissance précise de l'étiologie. ▪ Prise en considération des facteurs épidémiologiques. ▪ Reconnaissance du processus évolutif et des complications possibles.
2. Relier les résultats des examens et la pathologie diagnostiquée.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation attentive du dossier de santé de la personne. ▪ Identification correcte des examens prescrits. ▪ Reconnaissance des résultats normaux. ▪ Appréciation juste des écarts entre les résultats et la normalité.
3. Relier la pathologie et la thérapeutique.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaissance des modalités thérapeutiques associées à la pathologie. ▪ Définition correcte du ou des traitements prescrits.

<p>4. Cerner les problèmes qui relèvent du domaine infirmier en lien avec la situation de santé.</p> <p>5. Dégager les interventions infirmières.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Reconnaissance des principes qui sous-tendent les traitements et les soins.▪ Prise en considération des interventions du plan de traitement médical.▪ Analyse rigoureuse de l'ensemble des données.▪ Identification précise des problèmes actuels ou potentiels qui relèvent du domaine infirmier.▪ Reconnaissance des facteurs d'influence.▪ Analyse de la situation dans sa globalité.▪ Détermination judicieuse des soins et des traitements infirmiers.▪ Détermination des interventions en liens avec le plan d'intervention interdisciplinaire.
---	--

Source : Programme Soins infirmiers 180.AO, 2004, p. 27-28

- | | |
|---|---|
| 2. Effectuer l'évaluation initiale de la personne ou l'évaluation en cours d'évolution. | <ul style="list-style-type: none">▪ Prise en considération de l'ensemble des éléments de la situation clinique.▪ Approche souple et adaptée.▪ Utilisation appropriée des outils et des méthodes d'évaluation.▪ Collecte des données biophysiques et psychosociales pertinentes pour la femme enceinte, la mère ou le nouveau-né.▪ Reconnaissance des besoins et des attentes de la famille ou des proches.▪ Appréciation correcte des réactions et de la capacité d'adaptation de la femme enceinte ou de la mère, de la famille ou des proches. |
| 3. Assurer une surveillance clinique. | <ul style="list-style-type: none">▪ Vérification rigoureuse des paramètres physiques et psychologiques en fonction de l'évolution de la condition de santé de la personne.▪ Vérification attentive des données obtenues par monitoring.▪ Justesse de la décision d'effectuer un examen ou un test diagnostique selon une ordonnance.▪ Appréciation juste des résultats des épreuves diagnostiques.▪ Perspicacité et discernement quant à l'évolution de la situation clinique de la femme enceinte, de la mère ou du nouveau-né.▪ Empressement à signaler tout changement important. |
| 4. Dégager les besoins de soins. | <ul style="list-style-type: none">▪ Analyse et interprétation rigoureuse de l'ensemble de l'information.▪ Détermination juste des problèmes qui relèvent du domaine infirmier et des facteurs d'influence.▪ Reconnaissance précise des problèmes relevant de la collaboration interprofessionnelle. |

5. Élaborer le plan thérapeutique infirmier..	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en considération des besoins et des attentes de la personne, de la famille ou des proches. ▪ Détermination juste des priorités de soins. ▪ Établissement de résultats escomptés précis et réalistes en collaboration avec la femme enceinte ou la mère, la famille ou les proches. ▪ Choix judicieux des interventions. ▪ Détermination du plan de traitement infirmier pour un problème de santé spécifique, s'il y a lieu.
6. Planifier la réalisation du plan thérapeutique infirmier.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect des orientations du plan thérapeutique infirmier. ▪ Détermination judicieuse des activités à confier au personnel d'assistance. ▪ Organisation efficace des activités
7. Effectuer les interventions.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions appropriées à la situation et aux attentes de la famille et des proches. ▪ Interventions adaptées aux caractéristiques socioculturelles des personnes en cause. ▪ Utilisation d'une approche convenant : <ul style="list-style-type: none"> - aux besoins de soins; - à l'état de la femme enceinte, de la mère ou du nouveau-né ▪ Manifestation d'attitudes aidantes. ▪ Application rigoureuse : <ul style="list-style-type: none"> - des mesures de surveillance; - des principes liés au déplacement sécuritaire des bénéficiaires. - des principes d'hygiène et d'asepsie. ▪ Justesse de la décision d'effectuer ou d'ajuster un traitement médical selon une ordonnance.
- prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exécution correcte des méthodes de soins. ▪ Application judicieuse du ou des protocoles et du ou des programmes de soins appropriés.
- assister les parents dans l'exercice de leur rôle.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souci de motiver les parents à s'engager dans les activités de soins. ▪ Assistance appropriée aux parents dans l'exécution des soins au nouveau-né. ▪ Soutien approprié à l'allaitement maternel. ▪ Utilisation de moyens favorisant l'attachement parental et l'adaptation des

	<p>membres de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Application du ou des programmes d'enseignement appropriés. ▪ Pertinence de la réponse aux besoins d'information et d'apprentissage. ▪ Soutien approprié aux parents qui vivent une situation problématique. ▪ Justesse de la décision de recourir à des personnes-ressources.
<p>8. Administrer des médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification rigoureuse de l'ordonnance. ▪ Association pertinente du médicament prescrit avec les manifestations cliniques. ▪ Prise en considération des alternatives à la médication. ▪ Justesse de la décision : <ul style="list-style-type: none"> - d'administrer ou non le médicament; - d'ajuster la médication au besoin. ▪ Détermination judicieuse des conditions d'application de l'ordonnance. ▪ Respect strict des règles de préparation, d'administration et d'inscription des médicaments. ▪ Dextérité et sécurité dans l'exécution de la méthode. ▪ Pertinence de l'information transmise. ▪ Pertinence du soutien à l'observance. ▪ Surveillance et suivi appropriés.
<p>9. Évaluer les interventions et les résultats de soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appréciation juste de la qualité de ses interventions. ▪ Appréciation de l'efficacité de ses interventions à partir des résultats obtenus. ▪ Vérification pertinente avec la famille : <ul style="list-style-type: none"> - de l'atteinte des résultats escomptés; - de la satisfaction des besoins et des attentes ▪ Contrôle de la qualité des soins confiés à d'autres personnes à partir des résultats obtenus. ▪ Ajustement approprié du plan thérapeutique infirmier. ▪ Utilisation judicieuse des outils d'évaluation de la qualité des soins, s'il y a lieu.
<p>10. Assurer la continuité des soins et le suivi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédaction correcte des notes au dossier. ▪ Rapport précis, concis et pertinent. ▪ Application rigoureuse des procédures

administratives.

- Collaboration efficace avec l'équipe de soins et l'équipe multidisciplinaire.
- Orientation de la personne, de la famille ou des proches vers les ressources appropriées à leur situation, s'il y a lieu.
- Contribution appropriée au suivi systématique, s'il y a lieu.

Source : Programme Soins infirmiers 180.AO, 2004, p. 50-54

ANNEXE C**GRILLES D'ÉVALUATION**

ÉVALUATION DU MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE

Indiquez votre appréciation du carnet de stage comme matériel pédagogique favorisant l'intégration et le transfert des connaissances lors d'un stage clinique en périnatalité de niveau collégial.

1. ÉVALUATION GLOBALE DU CARNET DE STAGE

Critères	Très bon	Bon	Amélioration souhaitée	Commentaire/Amélioration à faire
Pertinence Les composantes du carnet de stage permettent l'intégration des connaissances disciplinaires : périnatalité, biologie, pharmacologie, démarche de soins et enseignement à la clientèle				
Étendue Le carnet de stage touche tous les aspects des objectifs : contextualiser les connaissances, intégrer les connaissances, rendre les connaissances explicites, développer une				

méthodologie d'analyse, schématiser une situation clinique, établir les relations de similarité et les différences entre les 2 situations cliniques, concilier ces différences.				
Exactitude Les consignes et les termes sont utilisés clairement et correctement				
Cohérence Les éléments du carnet de stage sont reliés entre eux de manière logique et structurée				
Présentation matérielle Comment jugez-vous l'aspect visuel du carnet de stage? Son organisation concrète?				

2. ÉVALUATION DE L'APPROCHE DU TRANSFERT DES CONNAISSANCES DANS LE CARNET DE STAGE

		Très bon	Bon	Amélioration souhaitée	Commentaires / Améliorations à faire
Contextualiser	Donner un sens aux connaissances				
	Organiser les connaissances				
	Créer des liens entre les connaissances				
Décontextualiser	Généraliser (identifier les connaissances essentielles)				
	Discriminer (distinguer les connaissances essentielles)				
Recontextualiser	Extraire de nouvelles connaissances				

3. ÉVALUATION LIBRE

Avez-vous d'autres remarques et suggestions à faire quant au fond et à la forme?

Merci de votre précieuse collaboration

Caroline Lamond